

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 252

# TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GROSSESSE

Thèse pour le Doctorat de l'Université

« Mention Médecine »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Janvier 1935

PAR

**Julio-César ARMESTAR**

Né à Simbal (Diocèse de Trugillo), Pérou, le 10 juin 1910

Examineurs de la Thèse

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| MM. LEURET, professeur ..... | <i>Président.</i> |
| CRUCHET, professeur .....    |                   |
| PIÉCHAUD, agrégé .....       | } <i>Juges</i>    |
| JOULIA, agrégé .....         |                   |

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1935







UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 252

# TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GROSSESSE

Thèse pour le Doctorat de l'Université

« Mention Médecine »

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Janvier 1935

PAR

**Julio-César ARMESTAR**

Né à Simbal (Diocèse de Trugillo), Pérou, le 10 juin 1910

|                        |   |                              |                   |
|------------------------|---|------------------------------|-------------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. LEURET, professeur ..... | <i>Président.</i> |
|                        |   | CRUCHET, professeur .....    | } <i>Juges</i>    |
|                        |   | PIÉCHAUD, agrégé .....       |                   |
|                        |   | JOULIA, agrégé .....         |                   |

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1935

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen..... M. MAURIAC  
Assesseur..... M. LABAT  
Doyen honoraire..... M. SIGALAS

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH  
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

## PROFESSEURS

| MM.                                                 |               |                                                            | MM.      |
|-----------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------|----------|
| Clinique médicale .....                             | MAURIAC.      | Clinique chirurgicale infanteile et orthopédie ....        | ROCHER   |
| Clinique chirurgicale .....                         | DUPERIE.      | Clinique médicale des maladies des enfants.....            | CRUCHET  |
| Clinique chirurgicale et gynécologique.....         | BEGOUIN.      | Chimie biologique et médicale.....                         | DELAUNAY |
| Pathologie et thérapeutique générales.....          | GUYOT.        | Physique médicale et pharmacologique.....                  | SIGALAS  |
| Clinique d'accouchements.                           | CARLES.       | Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques..... | BONNIN   |
| Anatomie pathologique et microscopie clinique...    | ANDERODIAS.   | Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....        | PETGES.  |
| Anatomie .....                                      | VILLEMIN.     | Clin. des mal. des voies urinaires..                       | DUVERGEY |
| Anatomie générale et histologie .....               | G. DUBREUILH. | Clinique des maladies nerveuses et mentales....            | ABADIE   |
| Hygiène.....                                        | LEURET.       | Clinique d'Oto-rhino-laryngologie...                       | PORTMANN |
| Médecine légale et déontologie.....                 | LANDE         | Toxicologie et hygiène appliquée.....                      | LABAT    |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médicale.. | RÉCKOU        | Hydrologie thérapeutique et climatologie.....              | CREYX    |
| Chimie .....                                        | CHELLE,       | Clinique dentaire.....                                     | CAVALIE. |
| Botanique et matière médicale .....                 | GOLSE.        |                                                            |          |
| Pharmacie .....                                     | DUPOUY.       |                                                            |          |
| Zoologie et parasitologie.                          | MANDOUL.      |                                                            |          |
| Médecine expérimentale..                            | AUBERFIN.     |                                                            |          |
| Clinique ophthalmologique.                          | TEULIERES     |                                                            |          |

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).  
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM.                    |                                                                    | MM.                                              |                        |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|
| Anatomie .....         | DUBECQ.                                                            | Chirurgie générale .....                         | } CHARRIER.<br>LOUBAT. |
| Anatomie.....          | DUFOUR.                                                            | Obstétrique .....                                |                        |
| Physiologie.....       | FABRE.                                                             | Ophthalmologie .....                             | BEAUVIEUX              |
|                        |                                                                    | Oto-Rhino-Laryngologie .....                     | DESPONS                |
|                        | } DAMADE.<br>PIECHAUD.<br>DELMAS-MARSALET.<br>DE GRAILLY<br>FONTAN | Dermatologie et syphiligraphie.....              | JOULIA.                |
| Médecine générale..... |                                                                    | Physique médicale.....                           | WANGERMEZ              |
|                        |                                                                    | Chimie générale pharmaceutique et toxicologie... | VITTE.                 |
|                        |                                                                    |                                                  |                        |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                                                                                                       |                  | MM.                                 |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Physiologie . . . . .                                                                                     | FABRE            | Ophthalmologie . . . . .            | CABANNES (en congé) |
| Médecine opératoire . . . . .                                                                             | PAPIN            | Puériculture . . . . .              | FAUGERE             |
| Accouchements . . . . .                                                                                   | PERY.            | Pharmacie chimique . . . . .        | VITTE               |
| Pathologie médicale . . . . .                                                                             | DELMAS-MARSALET. | Zoologie et parasitologie . . . . . | R. SIGALAS.         |
| Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . . . . . |                  |                                     | MM. N               |

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté, que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

---

A MON FRERE, D<sup>r</sup> CESAR ARMESTAR

*Bien faible témoignage de  
ma grande reconnaissance et  
gratitude.*

---

A MES SŒURS

---

A MES FRERES

---

A MADEMOISELLE DENOGENS

---

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE  
DE MEDECINE DE BORDEAUX

---

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PIECHAUD

MÉDECIN DES HÔPITAUX  
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
CROIX DE GUERRE

*qui m'a inspiré ce sujet..*

*L'hommage de ce modeste  
travail ne peut être qu'un bien  
faible gage de ma gratitude.*

*Non seulement vous en avez  
été l'inspirateur, mais aussi  
l'aide précieuse de tous les ins-  
tants. Je vous remercie, mon  
cher maître, du temps que  
vous avez bien voulu me don-  
ner sans ménagements.*

*Permettez-moi de vous en  
exprimer ma respectueuse re-  
connaissance.*

---

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. LEURET

PROFESSEUR D'HYGIÈNE

MÉDECIN DES HÔPITAUX

MÉDECIN CHEF DU SANATORIUM XAVIER ARNOZAN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

*Etudiant assidu à vos cours, j'ai eu une année durant, le privilège d'entendre vos leçons aussi vivantes que précises, et qui prêtaient aux problèmes parfois si complexes de l'hygiène, une apparence de lumineuse simplicité, votre enseignement a laissé sur nous la plus vive empreinte.*

*C'est le plus grand honneur que vous pouviez nous faire que d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Recevez l'assurance de ma profonde et respectueuse gratitude.*



## INTRODUCTION

---

Il faut remonter à Hippocrate pour se rendre compte que ce problème n'a jamais cessé de jouer un rôle dans l'histoire de la médecine; c'est une question d'actualité toujours renouvelée. La multitude et travaux qui ont déjà été écrits montrent l'importance de la complexité du problème; en effet, ils intéressent en tout cas, le phtisiologue et l'accoucheur, sauver la vie de la mère, mener à bien une grossesse ou l'interrompre pour sauvegarder. Le point de vue humanitaire et eugénique intéresse aussi bien l'un que l'autre, mais dans la conduite à tenir la religion n'a-t-elle pas aussi son mot à dire ? Autant d'aspects qui rendent comme nous le dirons plus haut le problème extrêmement délicat.

Les auteurs qui, au cours de l'histoire médicale, ont étudié ce rapport de la tuberculose avec la grossesse se sont partagés en deux classes. Les optimistes nient l'influence nuisible de la grossesse sur la tuberculose; parmi eux certains ne voient que le danger réel que court toute tuberculeuse qui ne coïncide pas avec la gestation et d'autres croient à une amélioration de la tuberculose du fait d'une gravidité. Pour les pessimistes, par contre, la grossesse n'a qu'une action néfaste sur la tuberculose.

Il faut donc, tout d'abord, se demander si la grossesse constitue un danger pour la mère tuberculeuse, si elle risque de déclencher une évolution chez la femme suspecte d'imprégnation tuberculeuse ? Ce danger est-il général ou n'existe-t-il que dans certains cas ? Doit-on interrompre la grossesse précocement ou doit-on même interdire fondamentalement

tout risque de gravidité ? Quelles sont les mesures de prévoyance pour sauvegarder les enfants issus de mères tuberculeuses ? Nous nous appuierons en maint endroit sur l'opinion de nos devanciers, sur elle s'est peu à peu édifiée la conduite thérapeutique. Les optimistes soignent la tuberculose et laissent évoluer la grossesse.

Les pessimistes font une « thérapeutique de conscience ». Si la tuberculose reste inactive ou peu aggravée du fait de la grossesse, ils soignent la tuberculose par les traitements classiques connus de nos jours. Si la maladie est aggravée ou déclanchée par l'état gravide, c'est pour son interruption qu'ils penchent. Dans les cas graves, extrêmes, dans quels l'intervention ne servira de rien, ils se contentent de soigner la tuberculose en laissant évoluer la grossesse.

---

## HISTORIQUE

Dans ce modeste travail nous tâcherons de donner un bref aperçu de l'historique pourtant si captivant de la question à laquelle nous nous sommes consacré, mais en raison du chiffre innombrable des publications parues, il nous est impossible d'en analyser les données. Nous nous contenterons de citer les principales opinions connues et plus loin, en fin de ce travail, de donner une bibliographie aussi complète que possible de la question.

D'Hippocrate qui croyait à l'influence heureuse de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire et qui écrivait : *Juvenes cœlives strumosi fiunt portea vero matrimonio sponte curator*, il faut arriver en 1728 pour lire que Moriceau avait adopté une opinion diamétralement opposée ; admettant l'influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose : « L'accouchement, écrivait-il, est un mauvais port où périssent les femmes qui ont une aussi méchante poitrine. »

En 1770, Rozières de la Chassagne écrit encore une idée différente et dans son traité des maladies de poitrine, il écrit : « Entre deux femmes phtisiques au même degré, celle qui deviendra enceinte portera son fruit à terme tandis que l'autre pourra périr avant ce terme », opinion qui n'engegeait pas beaucoup son auteur.

En 1778, Sines affirme qu'il n'a jamais vu moins de femmes phtisiques que pendant la grossesse (observations sur les maladies épidémiques). Ce qui revenait à admettre que les signes par lesquels il diagnostiquait la maladie s'atténuaient singulièrement au cours de la gestation.

En 1817, Marc Frank, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, admet comme l'auteur précédent la rémission de la tuberculose chez la femme enceinte.

Grisolle, en 1850, le premier, combatit la théorie classique qui affirmait ainsi l'inocuité de la grossesse chez la femme tuberculeuse, et même son influence favorable sur l'évolution ultérieure du mal.

Il cita toute une série de grands noms qui étaient alors la gloire de la médecine, Bordeu, Collen, Joseph Franck, Portal et surtout Baumes; tous ces auteurs étaient d'un optimisme relatif, disant que la tuberculose s'arrêtait pendant la gestation pour se remettre à évoluer rapidement après l'accouchement jusqu'à la mort; mais personne n'aurait prétendu qu'une grossesse peut guérir une tuberculose.

Bordeu relate le cas d'une tuberculeuse dont la maladie fut arrêtée pendant tout le temps de sa grossesse, mais qui mourut deux jours après l'accouchement..

Portal, dans le chapitre sur la tuberculose après l'accouchement, de son *Traité sur la tuberculose pulmonaire* déclare : « On voit souvent paraître les premiers symptômes d'une tuberculose au cours d'un état de grossesse. La maladie devient mortelle longtemps ou peu de temps après les couches, mais l'évolution de la grossesse est souvent variable. Combien de personnes menacées de tuberculose, crachant abondamment le sang, respirant difficilement ont guéri à la suite d'une grossesse ou après un heureux accouchement (pages 320-322).

Bayle, dans ses *Eléments de Pathologie médicale*, tome II, ne cite pas la grossesse parmi les complications de la tuberculose. Il se préoccupe seulement de « l'allaitement chez les femmes de constitution faible et lymphatique ».

La plupart des auteurs ont exprimé un optimisme relatif; aucun n'a cru à la possibilité d'une influence néfaste de la grossesse sur la tuberculose.

Baumes objecte que : « L'état propre de la matrice diminue ou augmente la capacité des autres organes. Les états respectifs et les états normaux des poumons et de la matrice semblent avoir une influence réciproque. De même de deux séries des douleurs apparues en même temps, celle qui est la

plus violente prendra bientôt le dessus et fera oublier l'autre (comme conséquence de la loi générale de la sensibilité) de même deux organes ne peuvent pas être en même temps en grande activité et ne le sont pas non plus.

Plusieurs observations démontrent que l'évolution d'une tuberculose pulmonaire est suspendue pendant la gestation. Pour lui, l'aggravation de l'état de la malade aussitôt après l'accouchement se justifie tout à fait par cette théorie : « L'anomalie jaillit de l'organe (ici, le poumon) qui possède trop de force par rapport à l'autre, de même l'action de muscles ne s'aperçoit pas quand elle est contrebalancée par celle de leurs antagonistes, et cependant elle peut déterminer une crampe persistante dès que la dernière action est supprimée (page 320) ».

Grisolle rapporte 27 cas de gravidité parmi lesquels il a vu évoluer 24 tuberculoses pulmonaires pendant le cours de la grossesse. « Il est donc inexact de prétendre à une influence favorable, fut-elle même temporaire, de la grossesse sur la tuberculose. Toutes les deux évoluent sans avoir l'air de s'influencer l'une sur l'autre; cependant j'ai prouvé par la comparaison d'autres faits que les lésions organiques avaient parcouru ses périodes un peu plus rapidement qu'elles ne le faisaient dans l'état de vacuité. »

En 1872, Leuvert apporte une idée nouvelle en accusant l'accouchement de constituer plus de danger pour la tuberculose que la grossesse elle-même.

Gaulard, en 1880, pense que la tuberculose évolue lentement pendant les quatre premiers mois et très rapidement dans le mois ultérieur. Il s'oppose donc ainsi à Rozières de la Chassagne.

En 1889, Fallen revient dans sa thèse sur l'opinion ancienne en admettant l'heureuse influence de la grossesse sur la tuberculose.

Par contre, Maragliano est pessimiste et justifie l'avortement.

De nos jours, Rist croit à l'influence néfaste de la grossesse et considère douteux les cas de guérison après l'accou-

chement qui ont été signalés.

Ingorn, Petersen, Pinard et van Voornveld, Dumarest et Brette, sont d'un avis moins catégorique. Ils ont constaté un grand nombre d'évolutions malheureuses, mais ont également observé des stabilisations ou même des améliorations.

Santi rapporte trois cents observations et conclut que seule une intoxication gravidique a une action défavorable sur la tuberculose. Alfieri est du même avis, le processus tuberculeux cliniquement guéri ne se réveille pas, mais les tubercules évolutives sont aggravées dans un tiers de cas.

Bauer (de Davos), fait remarquer l'état mental de la malade. Le sentiment maternel aide à supporter bien des souffrances, et la joie agit comme un stimulant psychique favorable sur l'état général. Dans les grossesses des jeunes filles par exemple, on peut observer, au contraire un état dépressif accentué, d'où provient le danger.

Pour Bauer (de Davos), la grossesse est une complication grave chez les femmes en état de tuberculose manifeste; elle l'est beaucoup moins chez les prédisposées et les tuberculeuses latentes, dont les cas sont légers.

D'après ses propres observations la tuberculeuse légère ou moyenne, évoluant dans un milieu favorable, pourra non seulement mener sa grossesse à terme, mais améliorer son état et même guérir. Dans ces conditions la gravité serait à craindre pendant les quatre premiers mois, la délivrance et la période des suites de couches.

Dumas rapporte que des aggravations certaines, bien que rares, sont directement causées par la grossesse au début et seraient minimales. De même Forssner, Kalabin et Nubiola ne croient pas à l'influence néfaste habituellement acceptée.

Le destin des malades dépend du type du processus tuberculeux et non pas de la grossesse. La tuberculose évoluerait sans être influencée au cours de la gestation. Kuhne, Sachs, Witkin sont du même avis : chez les malades bien traitées, on ne peut pas établir de statistiques différentes entre des malades gravidiques et les autres.

### **Causes spéciales qui peuvent agir d'une manière défavorable sur la tuberculose pulmonaire pendant la gestation.**

Hofbauer a trouvé que la grossesse entraîne une diminution progressive de la capacité lipolytique du sérum. d'après lui, lorsque le sérum est pauvre en lipases, il ne peut pas dissoudre la capsule cirrograisseuse du bacille tuberculeux.

Mais, ces substances conditionnent précisément la résistance du bacille de Koch vis-à-vis des influences nuisibles, ce à quoi Seitz n'accorde pas grande valeur en raison des imperfections de la technique employée.

Thaler, Christofolletti avec la même méthode n'ont révélé aucune différence entre le sérum des femmes gravides et celui des autres. Cependant Reiter Joshida expérimentant sur des cobayes femelles bien portantes, et tuberculeuses, vides et pleines ont obtenu chez les animaux gravides les mêmes résultats que Hofbauer chez la femme enceinte. Pour Joshida, l'augmentation des lipases après l'accouchement est un bon signe; le contraire n'est pas encore prouvé.

On a beaucoup discuté sur la signification de la cholestérinémie observée pendant la gravidité. La plupart des observateurs sont d'accord pour reconnaître l'existence d'une lipoïdémie au cours de la grossesse (Chouffard, Grigant, Hermann et Neumann, Laroche, Sindemann, Pribramm, Stepp, Joshida, etc. etc.).

Tout d'abord il fut admis que l'augmentation de la cholestérine était défavorable au processus tuberculeux; les auteurs suivants : Hofbauer, Thaler et Cristofolletti objectent que le bacille tuberculeux peut se reproduire facilement dans un milieu riche en cholestérine. Hofbauer, ayant déterminé sur les cobayes des cholestérinémies alimentaires, observa qu'ils se tuberculisaient plus facilement que les cobayes non préparés.

Veit, au congrès allemand de gynécologie en 1911, appor-

tait dans ses conclusions, des considérations sur la justesse de la thèse précédente. De nos jours, on pense, par contre, que l'augmentation de la cholestérinémie dans le sang des tuberculeuses enceintes est d'un bon pronostic; on voit une diminution de cholestérine chez les tuberculeuses aggravées, et une augmentation, dans les cas stationnaires ou améliorés; Sweay, Eichelberger, Mc Cluskey, Weathers, Cavrila, Vior, Palacio, Tattonni et Hinze, sont de cet avis. Il serait donc admis en définitive que la cholestérinémie physiologique de la grossesse est d'un bon pronostic.

\*  
\*\*

Les auteurs ont attaché une grande importance au métabolisme du calcium. La déminéralisation observée pendant la gravidité serait un élément favorable au développement du processus tuberculeux. Bard avait déjà considéré le fœtus comme un parasite de l'organisme maternel, utilisant les substances minérales de ce dernier pour la construction de son squelette.

Fehling et Hahnau, ont rapporté des cas d'ostéomalacie gravidienne physiologique. On a beaucoup étudié la teneur du calcium dans le sang des femmes enceintes saines; Kherer et V. Oettingen ont pu établir que le sérum en subissait un appauvrissement.

Cette perte physiologique du calcium doit entraîner chez les femmes gravides et surtout chez celles qui sont tuberculeuses, une diminution de la tendance naturelle à la cicatrisation et à la protection des tissus. E. Kehrer pense même que les granulations calcaires des poumons sont utilisées au cours des derniers mois de la grossesse et qu'ainsi les lésions s'accroissent. Cette théorie n'est pas sans fondement, mais avec V. Oettingen, on doit tenir compte de la vitesse de sédimentation des éléments minéraux; quand cette vitesse de sédimentation est accélérée, par exemple, chez les jeunes gravides et chez les tuberculeuses, une plus grande quantité de calcium sera extraite du sérum pendant l'unité de temps.

Von Hans dit qu'un appauvrissement semblable chez la

tuberculeuse enceinte serait défavorable si la nourriture n'apportait pas un supplément d'acide silicilique nécessaire.

Hoffstram, Landsberg, Lamers, Seitz, Adler, Linzenmier, etc., etc., soutiennent que, pendant la grossesse il y a une forte assimilation de Ca Ph utilisée par le fœtus. On signale l'apparition fréquente d'ostéophites sur la surface interne du crâne et la formation des tissus riches en calcaires au sein de masses cartilagineuses, particulièrement au niveau des symphyses (Löschke). Seitz pense que ces dépôts de calcaire à la surface interne du crâne, c'est-à-dire, en une région où leur existence n'apparaît nullement justifiée, est un phénomène à l'encontre de l'économie habituelle de l'organisme sain.

Pour la carie dentaire, on croit qu'un autre facteur intervient car si la carie dentaire est fréquente pendant la grossesse, pourquoi serait-elle la seule décalcification ? (sauf pour l'ostéomalacie).

Bernard, dit qu'on a confondu la cause avec l'effet ; l'appauvrissement en calcium n'est pas la cause, mais plutôt la conséquence de la maladie tuberculeuse elle-même. On l'observe également chez les femmes qui ne sont pas tuberculeuses.

Ces modifications du métabolisme de l'organisme des femmes enceintes, sont en relation très étroite avec le système des glandes à sécrétion interne. On a invoqué successivement la glande thyroïde, les ovaires et la capsule surrénale. C'est ainsi que la congestion persistante des poumons, serait due à une influence hormonale d'origine ovarienne (Freund). Rist attribue cette congestion à un fonctionnement exagéré de la glande thyroïde pendant le cours de la grossesse.

■  
\* \*

Monckeberg et Vergarak pensent que des troubles fonctionnels du foie et des glandes endocrines peuvent entraîner une diminution de la résistance générale de l'organisme vis-à-vis de la tuberculose. La preuve de cette diminution générale de résistance est fournie par la diminution de l'intensité de réaction vis-à-vis de la tuberculine. L'idée fondamentale

était de trouver un moyen permettant, non seulement d'établir le diagnostic de l'infection tuberculeuse, mais surtout le pronostic de cette infection. Il s'est avéré tout de suite qu'il en était pour les femmes enceintes comme pour les adultes ordinaires, et on ne pouvait espérer tirer de la réaction à la tuberculine des renseignements intéressants. L'expérience a cependant démontré une diminution de la sensibilité vis-à-vis de la tuberculine chez les femmes enceintes tuberculeuses, c'est-à-dire un état d'anergie, indiquant la défaillance de l'organisme; cette anergie disparaît après l'accouchement ou dans les jours qui suivent : la réaction tend à réapparaître en allergique.

Stern dit que la présence d'anticorps tuberculeux dans l'organisme, conditionne la résistance vis-à-vis du bacille. Ces anticorps diminuent pendant la grossesse, soit par fixation sur les lipoides du placenta ou par désaturation lipoïdophile sous l'influence de la lipoïdémie gravidique.

Bar et Devraigne sont arrivés à peu près aux mêmes résultats chez les femmes enceintes et les autres. Chez les accouchées récentes la réaction à la tuberculine n'est devenue positive qu'au dixième jour après l'accouchement.

Schultze, Rhonhof et Gumbel, cherchant les réactions à la tuberculine chez les femmes enceintes, non enceintes et les accouchées normales, trouvent le pourcentage suivant :

Chez les non enceintes, 76 %. Réaction + à la tuberculine.

Chez les enceintes, 60 %. Réaction + à la tuberculine.

Chez les accouchées, 75,6 %. Réaction + à la tuberculine.

Au cours de la grossesse, toutes les réactions positives à la tuberculine ne deviennent donc pas négatives; il n'y en a qu'un petit nombre : 10 %.

Ces auteurs pensent que la diminution de la réaction à la tuberculine est due au mode de réaction de la peau alors que la malade conserve le même état relatif d'immunité. Ils invoquent l'œdème observé dans les derniers mois de la grossesse (Hornung, Obladen). Pour Schulz et Rhonhof, le retour à

l'allergie après l'accouchement est une réaction secondaire; on peut l'observer tout aussi bien pendant la grossesse, si on pratique des cutiréactions successives. Cette conception paraît confirmée par la cutiréaction de Blöte avec l'extrait de Jequirity. Cette substance non spécifique a donné des résultats absolument comparables à ceux obtenus avec la tuberculine.

Perez, se fondant sur ses observations, constate une augmentation de la sensibilité à la tuberculine, dans les derniers mois de la grossesse et cela d'une manière constante.

Monckeberg et Vergarak font remarquer que les cas négatifs dès le début de la grossesse s'aggravent très rapidement durant l'évolution ultérieure de la gestation.

Bar et Devraigne, Bernard, Klempérér, Schultze et Rhonhof et K. Hansen sont du même avis : les femmes enceintes tuberculeuses ont réagi positivement dans la proportion de 76 %. Bar et Devraigne ne l'ont constaté toutefois, que chez les femmes dont le processus était resté stationnaire pendant tout le temps de la gravidité. Gumbel et Schultze et Rhonhof et K. Hansen, ont observé le même fait chez des malades dont l'évolution ultérieure a été fatale.

Ces mêmes auteurs attirent l'attention sur le fait que si la réaction à la tuberculine doit montrer une diminution de l'allergie au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse, on devrait observer des aggravations particulièrement fréquentes pendant la seconde moitié de la gestation; la clinique montre pourtant des exacerbations pendant les premiers mois et dans la période qui suit l'accouchement. Pendant la deuxième moitié de la grossesse, on constate, au contraire, une stabilisation ou même une amélioration. L'observation clinique est donc en opposition avec la théorie de la disparition des anticorps.

Bernard, Winter, Kaminer, Kraus, Baudelier et Roepke, Veit, Stoeckel, Franz et Zondak, Courmont et Papacostas, Schultze et Rhonhof, pensent, comme l'expérience l'a démontré, qu'on ne pouvait tirer aucun profit de la cutiréaction, comme indication d'interruption de la grossesse.

Liebermeister ne croit pas à une diminution de la résistance de la femme enceinte tuberculeuse à la tuberculine. D'après lui, ce sont précisément ces malades qui supportent aisément les injections de tuberculine que l'on voit généralement les moins menacées par la maladie.

Reitter cite comme causes aggravantes de la tuberculose existante, l'hyperglycémie et l'augmentation du pouvoir lymphoïde et myéloïde des organes hématopoïétiques, ces dernières favorisent la mise en circulation de bacilles tuberculeux.

Winter et Kehrer présentent comme causes nuisibles, l'augmentation du métabolisme basal, les hyperémèses, particulièrement fréquentes chez les tuberculeuses et, de même que Richter, l'état mental qui pèse sur les malades puisqu'elles connaissent leur sort.

Pour Schultze et Rhonhof et K. Hansen, l'hyperémèse peut disparaître en faisant comprendre à la malade le désir de satisfaire son instinct maternel; ils considèrent plus grave l'état nauséux persistant et l'absence d'appétit prolongée.



Les théories mécaniques que l'on a cherchées à faire intervenir pour l'explication de l'influence de la grossesse sur la tuberculose, semblent avoir beaucoup plus de signification. On a tout d'abord pensé à l'élévation du diaphragme entraînant une compression et une diminution volumétrique des poumons, gênant la ventilation et favorisant, en conséquence, l'éclosion et le développement de la tuberculose. Küpperle, Parkow et Freund ont objecté, avec raison, que ces phénomènes ne pouvaient se produire que dans les derniers mois de la grossesse et non pas au début, alors que l'aggravation s'observe dans la première phase de la gestation et que dans les derniers mois, il y avait une stabilisation. Il se fait une sorte de pneumothorax naturel bilatéral par la compression faite par l'utérus, tout comme le pneumothorax artificiel améliore la grossesse chez les tuberculeuses (Bauer, van Voorveld, Rist).

Freund ne pense pas à la possibilité d'une diminution mécanique de la respiration par la grossesse; car le thorax

gagne alors en largeur ce qu'il perd en profondeur; d'après lui,) la congestion du poumon est d'origine hormonale (ovarienne), ce qui produirait une augmentation du torrent de la lymphe en circulation et l'extention du processus tuberculeux.

Selon van Voorveld, la menstruation doit être considérée comme la naissance d'un œuf non fécondé, une petite parturition miniature qui agirait d'une façon défavorable. La période la plus mauvaise est donc prémenstruelle, car elle a certaine analogie avec la grossesse.

Dumarest et Brette, considérant les faits du même point de vue, sont arrivés à une conclusion exactement contraire. Ils rejettent la possibilité d'une influence déterminante de la part des menstruations sur la tuberculose, mais ils pensent que l'arrêt des menstrues est souvent un phénomène négatif heureux, ce qui permet de penser qu'en eux-mêmes, ils admettent que ces révolutions périodiques jouent sur le processus tuberculeux, un rôle au moins non indifférent. Comme très souvent la suppression des règles persiste pendant la période d'allaitement, ils y voient la nécessité pour toute femme tuberculeuse de nourrir elle-même son enfant.

Winter et Offermann craignent l'influence affaiblissante de grandes pertes de sang pendant l'accouchement et l'extension de la tuberculose à départ placentaire. Pendant le travail, la variabilité de pression, la profondeur de la respiration et l'abaissement brusque du diaphragme après la parturition, peuvent favoriser des essaimages intracanaliculaires hémotogènes et lymphogènes (Sergent, Bauer, Winster, Reitter, Liebermeister, etc., etc.).

**Conclusion.** — On voit donc que les théories pessimistes sont nombreuses, souvent contredites et réfutées. Ni la clinique, ni les recherches de laboratoire, ni les hypothèses, n'ont pu nous apporter une explication satisfaisante et certaine de la prétendue influence de la gravidité sur la tuberculose. D'accord avec Winter, il n'y a aucune preuve scientifiquement valable, qui puisse prouver l'aggravation de la tuberculose par le fait de la puerpéralité, si l'on ne se base que sur les statistiques cliniques.

## Les observations et les statistiques cliniques.

En 1923, au Congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française à Genève, Weymeersch et Obrechts ont beaucoup insisté sur le fait que si la tuberculose n'aggrave que rarement l'évolution de la grossesse, cette dernière, par contre, aggrave considérablement dans la plupart des cas la marche de l'affection pulmonaire.

Parmi eux, les optimistes tels que Pinard et Sabourin, sont obligés de reconnaître que dans beaucoup de cas, la grossesse a une influence nuisible sur le processus tuberculeux. Pinard écrit : « Dans la grande majorité des cas la grossesse, loin d'enrayer la phtisie pulmonaire, en accélère au contraire la marche, mais il faut reconnaître aussi que quelquefois la maladie n'est influencée ni en bien ni en mal et que même dans un petit nombre de cas les symptômes paraissent manifestement arrêtés » et il cite que sur 71.225 femmes saines venues accoucher à la clinique Baudelocque, 26 seulement y sont mortes de tuberculose pulmonaire; ce résultat paraît pour le moins surprenant; il faudrait de toute nécessité tenir compte ici du facteur temps pour apprécier le sort de ces femmes à leur sortie de la clinique. Hartmann pense que dans de très rares occasions l'avortement thérapeutique est indiqué et partage les idées et principes de Pinard.

Tecon rapporte trois observations de tuberculose compliquée de grossesse; dans les trois cas la grossesse va à terme et il y a même amélioration; mais dans un quatrième cas, la malade mourut dans les suites de couches.

Dumarest et Brette citent neuf cas heureux pour lesquels : « La grossesse même répétée, a été inoffensive ou même nettement favorable ».

Kühne, d'après ses travaux sur les malades du sanatorium de Luisenheim, soutient qu'il n'y aurait pas plus d'aggravation chez les femmes tuberculeuses enceintes que chez les autres.

Les pessimistes sont nombreux à opposer leurs arguments.

Sergent insiste beaucoup sur le fait patent observé souvent en clinique. L'aggravation de la tuberculose s'observe surtout dans les suites de couches, d'après lui cela expliquerait la divergence de vues entre accoucheurs et phtisiologues, ces derniers pouvant suivre les malades plus longuement.

Rist accorde une grande importance au diagnostic et il écrit : « En général lorsqu'on voit envisager avec optimisme par un médecin cette coïncidence si redoutable de la gravidité et de la tuberculose, c'est que le diagnostic de tuberculose est mal fendé ».

Winter et Offermann, rapportent des statistiques de mortalité pour les deux sexes atteints de tuberculose entre 20 et 40 ans, c'est-à-dire pendant la période de la vie sexuelle la plus marquée chez la femme. Ils ont trouvé une mortalité plus grande chez la femme, et ils l'ont attribuée au fait de l'aggravation de la tuberculose par le processus de la gestation.

Mortalité par la tuberculose chez des personnes âgées de 20 à 40 ans (d'après Winter et Oppermann).

| Année. | Hommes    | Femmes.   |
|--------|-----------|-----------|
| 1904   | 30 à 40 % | 32 à 45 % |
| 1910   | 37 à 41 % | 33 à 47 % |
| 1911   | 30 à 38 % | 42 à 45 % |
| 1912   | 30 à 39 % | 31 à 41 % |
| 1913   | 30 à 38 % | 30 à 41 % |

Toutefois, on voit que la différence n'est pas grande. Mais il faudrait admettre aussi que chez l'homme à la même époque il y a un changement de vie dû à son apprentissage et à son travail.

D'après Schultze et Rhonhof les travaux de van Tussembrocks et de Weimberg, auraient des résultats identiques.

Mais cette statistique se trouve contredite par les travaux de Mlle Hutchinson qui a conduit ses investigations parmi les malades rentrées depuis 1912 dans le sanatorium de Nopéming. Elle a trouvé sur 1973 hommes une mortalité de 54,7%, tandis que chez 439 femmes primipares, la mortalité était de 61,7%; chez 422 nullipares de 53,8%.

Parmi les femmes qui sont tombées malades pendant le cours de leur grossesse, il en est mort 71,3%, tandis qu'il n'est décédé que 54,2% chez les femmes qui ne sont devenues tuberculeuses que dans les deux mois qui ont suivi leur accouchement.

On voit donc plus de mortalité chez les primipares ou multipares que chez les nullipares.

La mortalité est plus élevée chez les femmes devenues tuberculeuses peu de temps après leur accouchement, c'est-à-dire à une époque très dangereuse. Le fait d'une mortalité chez les nullipares aussi forte que celle des hommes nous surprend; si l'on considère la théorie des auteurs qui admettent que la mortalité des hommes est compensée chez les femmes par les dangers de l'accouchement et des suites de couches; on se serait donc attendu à observer la mortalité de nullipares inférieure à celles des hommes.

Forssner et Kühne, Pissavy et Légard insistent sur le fait que pour faire des statistiques exactes il faut comparer les tableaux des femmes tuberculeuses non enceintes, car ces dernières s'aggravent en dehors de toute gestation, avec ceux des multipares du même âge.

Forssner a observé sur 203 femmes tuberculeuses gravidiques pendant une année, 57 ont vu leur maladie s'aggraver, et 26 sont mortes, soit 40%. Dans la même période, sur 396 femmes tuberculeuses sans gestation, 85 allaient plus mal et 58 étaient mortes, soit 36%. Après deux ans d'observation il a trouvé 51% de cas défavorables chez les tuberculeuses

non enceintes et 52% chez les femmes ayant eu une gestation.

Pour Forssner la tuberculose ne serait donc pas fortement influencée par la grossesse.

Dumarest divise ses malades selon les trois stades de Turban.

#### **Classification de Turban Gerhard.**

Elle comporte trois stades :

*Premier stade.* — Atteinte légère, n'intéressant qu'une partie limitée d'un lobe. Si la maladie est bilatérale, ne dépasse pas l'épine de l'omoplate et la clavicule. Si elle est unilatérale ne dépasse pas en bas la deuxième côte.

Ce premier stade comporte aussi une atteinte légère par foyer disséminé avec légère matité, respiration broncho-alvéolaire rude ou bien diminuée avec ou sans petits râles jusqu'au milieu des bases.

*Deuxième stade.* — Si cette atteinte légère occupe tout un lobe ou si une atteinte plus grave atteint au maximum la moitié d'un lobe, les modifications y sont graves. Infiltration, avec forte matité respiration broncho-alvéolaire extrêmement affaiblie avec ou sans râles.

*Troisième stade.* — A cette période les cavernes se sont formées avec tous leurs signes positifs : gargouillements. La réaction cortico-pleurale peut exister ou ne pas exister; si elle existe, elle est considérée dans la classification, comme un facteur de plus grande gravité.

Cette classification est plus complète, si on combine la division en stades avec la subdivision de ces stades dressées par Speingler et qui tient compte de la fièvre, ou au contraire, de la passivité de la réaction; c'est ainsi que le premier stade se décompose en tuberculose fermée sans fièvre, tuberculose ouverte sans fièvre, tuberculose active fermée, tuberculose active ouverte. Cette classification n'est pas admise par tous les auteurs allemands, d'autres classifications ont été posées : celles de Frau, celle d'Albrecht, celle de Frœnkœl et Rhosthom, celle d'Achoff, de Nicol, de Bacmeister, celle de Neumann etc., etc.

Dans le premier degré il n'existe pas de différence entre les femmes tuberculeuses enceintes et non enceintes. Dans le deuxième degré chez les gravidiques au bout d'une année, il y a 39% de cas défavorables, tandis que les femmes tuberculeuses non enceintes n'en ont que 27%.

Au bout de deux ans les chiffres sont respectivement pour les deux catégories de 51 et 44%.

Dans le troisième degré après un an d'observation, les

chiffres sont de 65% pour les femmes enceintes et de 57% chez les autres. Mais au bout de deux ans les 2 groupes atteignent 73% de cas défavorables. De ce travail il ressort une supériorité de nombre de 12% chez les tuberculeuses gravides, comparées à celles libres de toute gestation.

Tout différents sont les résultats obtenus par Maragliano qui a vu 94% de cas défavorables dans le premier groupe et seulement 18% de cas défavorables dans le second. Norris sur 166 malades a constaté une mortalité de 44% chez les femmes tuberculeuses gravides et 35% chez les tuberculeuses non enceintes.

Les différents chiffres d'aggravation de la tuberculose par la grossesse sont aussi nombreux que variés; ainsi Bruine, Ploss van Amstel voient une aggravation de 100%, Maragliano de 94%, Winter de 86%, Pankow et Kupferle de 56%;

L. Bernard, sur 231 femmes enceintes tuberculeuses aurait trouvé une aggravation de 50%, Couvelaire et Lacomure sur 101 cas trouvent 37,5%, Bard 30% des tuberculeuses voient leur maladie éclore à l'occasion d'une gestation, Grisolle dans 30%; Marg. Sachse 15,4%, Rosthorn 16%, Evelei 12,5%; A. Mayer 12%, et enfin Schérer ne trouve que 4% d'aggravation sur un nombre de 324 malades.

On voit donc par les chiffres des statistiques que l'aggravation de la tuberculose par la grossesse varie de 4 à 100%.: encore faudrait-il pouvoir apprécier numériquement cette aggravation dans les statistiques et pouvoir comparer entre eux les textes des observations sur lesquelles elles sont basées.

Si l'on constate en effet cette grande différence de résultats entre les nombreuses statistiques, c'est que leurs auteurs n'ont pas étudié la question du même point de vue; tandis qu'en France les divisions sont nettes et précises, pour ce qui est tuberculose active et inactive, sèche et humide, et sur lesquelles la plupart des phtisiologues s'entendent dans les grandes lignes; par contre les auteurs allemands se basent sur des classifications personnelles et compliquées.

Il faudrait aussi faire rentrer le facteur temps. Des travaux

de Sergent et de Liébermeister, la tuberculose accompagnée de grossesse, se complique surtout dans les suites de couches.

La plupart des auteurs sont d'accord pour limiter à un an le délai d'observation.

---

### **Pronostic et moments de l'aggravation par la grossesse.**

Runge pour expliquer les influences aggravantes de la grossesse sur la tuberculose, établissant des comparaisons entre les femmes enceintes normales et des tuberculeuses en état de gestation fixe le temps où se produit la complication. Les trois premiers mois de la grossesse seraient le stade toxique, dû aux ferments protéolytiques qui favorisent l'implantation de l'œuf dans l'utérus. A cette même époque se produirait également une perturbation des sécrétions internes, se manifestant par l'apparition des hormones du lobe intérieur de l'hypophyse. Ces deux phénomènes éprouvent déjà une femme normale en état de grossesse, encore plus une femme tuberculeuse enceinte, diminuant ainsi sa résistance vis-à-vis du B. K. ce qui expliquerait les poussées aiguës souvent observées en clinique au début de la gestation. Le troisième mois dépassé, la femme s'habitue au corps étranger qu'elle abrite dans sa matrice; elle commencerait à grossir, à se sentir plus forte et plus saine que jamais. Cette action heureuse de la deuxième période de la grossesse, on l'observe également chez la femme tuberculeuse enceinte, mais vers la fin de la grossesse l'utérus par son poids produirait des troubles mécaniques facilitant l'évolution de la tuberculose.

D'autres auteurs au contraire voient vers la fin de la grossesse une élévation du diaphragme, produisant en quelque sorte une collapsothérapie bilatérale, arrêtant par conséquent l'évolution du processus tuberculeux..

Mais le moment le plus grave serait pendant l'accouchement et les suites de couches, de par le trouble endocrinien, l'infection, les pertes de sang, les efforts produits, l'allaitement, etc., surtout l'abaissement brusque du diaphragme qui est important à cause d'hyperémie veineuse, celle-ci

conditionnant la résistance tissulaire. Or, après l'accouchement, la chute brusque du diaphragme amènerait une oligémie veineuse pulmonaire, condition inverse nettement favorable au développement du bacille tuberculeux.

Sergent et Liébermeister croient que la période la plus grave est donc celle du post-partum et cette idée se trouve partagée par Léon Bernard et la plupart des auteurs allemands.

Léon Bernard déconseille l'allaitement, chez les bacillaires, le considérant comme un facteur aggravant; et il écrit : « En ce qui concerne l'allaitement ma religion est faite, en règle générale, une tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant ».

\*  
\* \*

Il faut tenir compte du facteur « forme et degré » de la tuberculose si on veut avoir une idée assez claire du problème qui nous occupe.

Léon Bernard insiste beaucoup sur le facteur « forme », car le degré de la tuberculose le jour de l'examen, est moins caractéristique, important et précis pour l'élaboration d'un pronostic plus ou moins certain, que le facteur « forme » qui est le témoin de l'allure de l'affection bacillaire.

Sergent voit dans les formes fibreuses torpides évoluant depuis des années sans réaction vive, un pronostic meilleur, et constate qu'elles sont rarement influencées.

Rist, Marcel Labbé et Landouzy insistent sur le pronostic douteux qu'on doit accorder à la pleurésie séro-fibreuse, dite *a frigore*, qui passe souvent comme bénigne et peu évolutive.

Dumarest faisant une analyse de ses observations fait des constatations importantes. « Tous les cas, écrit-il, ou presque tous les cas favorables étaient fournis par des tuberculeuses fibreuses, d'évolution lente avec intégrité de l'état général ».

Bard précise que dans le cas où il n'y a dans les poumons que des cicatrices au début de la grossesse, il n'y a aucune influence et peut-être même une véritable amélioration, tandis que lorsque la tuberculose était en évolution nette au début de la grossesse, il se produit une aggravation

pour les formes sèches dans 54% des cas, et pour les humides dans 16%. Si la tuberculose était inexistante, latente ou au moins méconnue avant la grossesse, le pronostic serait sévère.

Frisch ayant à sa disposition un grand nombre d'observations dans les cliniques de Vienne, arrive à conclure qu'il y a des formes bénignes, comme la tuberculose fibreuse post-pleurétique, la tuberculose avortive des sommets, la polysérite sèche, la tuberculose miliaire discrète, le complexus primaire, la pleurite à répétition qui ne seraient presque pas influencées. Par contre la tuberculose dense et diffuse, serait d'un caractère malin parce qu'en général, évoluant vers la phtisie fibro-ulcéreuse cachectisante et la mort.

Boursier et Farges ont, il y a longtemps, fait remarquer que lorsque la tuberculose pulmonaire s'accompagne de grossesse et en même temps de tuberculose laryngée, le pronostic est toujours grave et quoi qu'on fasse, la mort est à craindre. Powllivics est aussi de cet avis.

Küstner sur 15 cas de tuberculose pulmonaire compliquée de tuberculose laryngée a vu 100% de mortalité.

Andérodias et Monod, sur trois cas observés font remarquer que quoique la tuberculose laryngée soit primitive ou secondaire aux lésions du poumon, l'affection évolue d'une façon fatale.

\*  
\*\*

Beaucoup d'auteurs se sont attachés à établir un pronostic d'après l'époque de la puerpéralité et l'apparition de la tuberculose.

Couvelaire sur 370 tuberculeuses enceintes compte 200 mortes dans l'année qui a suivi l'accouchement. Chez les malades dont la tuberculose a débuté depuis plus d'un an avant la gestation, la mortalité est de 27,4%; chez celles dont la maladie a précédé la grossesse de six à sept mois, elle est de 34%; lorsque le début remonte à moins de six mois la mort

survient dans 45% des cas, coïncidant avec la gestation 77% et dans les suites de couches immédiates la mortalité atteint presque 100%.

Cleizy étudiant les principaux travaux modernes sur la forme de la tuberculose et l'époque de son apparition, est d'accord avec presque tous les auteurs français pour dire que la tuberculose apparue après les couches et même tardivement est plus dangereuse qu'une bacillose qui apparaît ou réapparaît au cours de la gestation ou d'une tuberculose ancienne guérie ou relativement éteinte pendant la gestation. Il envisage comme sévères les tuberculoses rallumées, ou primitivement apparues pendant la grossesse.

Nous voyons donc que si l'on ne tient pas compte de toutes ces circonstances il est presque impossible de porter un pronostic sur l'évolution d'une tuberculose compliquée de grossesse et nous pouvons dire que l'association tuberculose et grossesse ne comporte « hormis les cas extrêmes et nettement tranchés que des présomptions assez fragiles » (Sergent).

Nous ne pouvons établir notre pronostic d'évolution que si nous nous basons sur les notions que la phtisiologie moderne nous a récemment apportées.

\*  
\* \*

Mais à côté de ces facteurs de grande importance il y'en a d'autres qui doivent trouver aussi leur place. Nous savons qu'une série de grossesses n'est pas sans éprouver souvent la femme normale, a plus forte raison la mère tuberculeuse dont la maladie antérieure a déjà commencé à dépenser les réserves et Bar a rapporté une statistique de 124 femmes chez qui la tuberculose paraissait avoir débuté avec une grossesse. « Sur 18 secondipares, 5 avaient vu les accidents débiter à la première grossesse, 13 à la seconde, sur 12 femmes arrivées à la troisième grossesse aucune ne fait plus remonter le début des accidents à la première grossesse.

Il faut encore tenir compte du milieu et des circonstances

sociales. « Il est certain qu'une femme mal nourrie, dit Cleisz, et obligée de travailler dans une usine ou un bureau, et une femme d'une situation aisée, n'ayant à faire rien d'autre qu'à se soigner, ne sont pas, toutes choses égales d'ailleurs, dans les mêmes conditions de lutte. »

Un autre facteur tient aux antécédents obstétricaux, aux anomalies organiques, à une insuffisance fonctionnelle, un processus pathologique autre que la tuberculose qui fatiguent déjà une femme enceinte normale, encore plus une bacillaire.

---

## **LES ESSAIS THERAPEUTIQUES**

### **Quelques statistiques comparatives entre interventionnistes et non interventionnistes.**

L'analyse de tous les travaux précédents basée aussi bien sur des expériences de laboratoires que des recherches cliniques ou statistiques, montrent des oppositions doctrinales si tranchées, qu'il est impossible de se faire une opinion exacte et certaine du point de vue médical pur quant au problème qui nous occupe. Si l'on admet une influence néfaste de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire, doit-on pour cela interrompre cette grossesse? Là est tout le nœud de la question.

#### **Les doctrines abstentionnistes.**

Stoeckel fait remarquer qu'aucune complication de la gestation n'indique l'interruption de la grossesse, mais il faut traiter cette complication.

Leibermeister, dit qu'on doit s'occuper du traitement de la tuberculose et non de la grossesse, celle-ci étant un état physiologique.

Klempérén déclare : « Dans aucun des cas qui évolue favorablement après l'interruption, on ne peut dire qu'il en aurait été autrement sans cette intervention. Dans aucun des cas que termine malheureusement après un traitement conservatif, on ne peut certifier qu'il aurait été heureusement influencé par le traitement avortif. »

Pinard se place comme défenseur des optimistes et il combat énergiquement l'intervention de pessimistes, l'avortement thérapeutique ne serait que d'un succès problématique,

et l'enfant dans la majorité de cas, viable et exempt de tuberculose serait sacrifié d'emblée.

Dumarest et Brette pensent comme Pinard, pour eux l'avortement est toujours inadmissible, inutile et criminel dans les cas bénins, et dans les cas graves il ferait à coup sûr deux victimes, la mère ne survivant guère à l'enfant. De même ils sont partisans de la non fatalité des hérédotuberculeux et ils s'indignent que l'on veuille faire « si bon marché des enfants de tuberculeuses ».

Rist, Léon Bernard, Hergott et Wallich se montre moins abstentionnistes et n'excluent pas *a priori* la possibilité d'arrêter ou d'améliorer une tuberculeuse en évolution, par une intervention interrompant la grossesse.

L'argument principal des interventionnistes est l'enfant né de mères tuberculeuses qu'on ne doit pas sacrifier. Plusieurs auteurs ont rapporté des statistiques aussi différentes que variées.

Norris après avoir fait une étude comparative des statistiques publiées par 14 auteurs, tire comme conclusions une mortalité infantile de 58,8%; Varon trouve 68%.

Couvelaire a observé 63 enfants nés de mères tuberculeuses à la clinique Baudeloque, il n'aurait relevé qu'un cas d'avortement (il considère l'avortement chez la femme enceinte tuberculeuse, comme peu fréquent) et un seul cas de malformation. Sur les 61 enfants restant, 14% pesaient plus de 3,500; 38% de 3.000 à 3.500; 48% moins de 3.000 grammes. Il conclut que le développement pondéral des enfants nés de mères tuberculeuses est sensiblement égal à celui des enfants nés de femmes saines. Le pourcentage est cependant plus bas lorsqu'il s'agit d'enfants gros. Il trouve une mortalité infantile dans les premiers mois de 38%. Tous ces enfants sont séparés de leur mère à la naissance. Dans le même rapport M. Le Lorier pense qu'aucun de ces enfants n'est mort de tuberculose manifeste.

Léon Bernard et Debré, ont fait de remarquables travaux sur l'hérédité de graine et de terrain dans la tuberculose, ils

arrivent à conclure que si l'hérédité existe pour la tuberculose, c'est dans une proportion minime, infiniment petite. Ils croient que la tuberculose du nouveau-né se produit surtout par la contagion de la mère à l'enfant.

Sur ce sujet Winter rapporte que Weinberg aurait vu que 80% de nouveau-nés séparés de leur mère tuberculeuse à la naissance, ont atteint l'âge adulte; tandis que sur 321 enfants nouveau-nés issus de mères bacillaires mortes une année après l'accouchement; 67,9% non éloignés sont déjà morts dans la première année; et 15,6% seulement auraient pu atteindre l'âge adulte.

### **La conduite tenue par des conservateurs**

La conduite de la grossesse chez la femme tuberculeuse nécessite cependant des soins particuliers.

Schultze et Rhonhof, Tecon, Winter et Oppermann insistent sur le fait que les femmes tuberculeuses enceintes doivent faire une cure de grand air qui leur est fortement salutaire, et que par cette méthode ils ont obtenu d'excellents résultats.

Winter pense qu'on doit employer le traitement à la tuberculine.

Sergent conseille un traitement récalcifiant associé à l'adrénaline, étant donné que chez ces femmes la déminéralisation est très prononcée.

Le pneumothorax artificiel a été proposé par plusieurs auteurs qui se sont occupés de la question. On pourrait le réaliser à n'importe quel moment de la grossesse sans aucun inconvénient, à condition seulement que la lésion soit unilatérale et déjà plusieurs succès ont été obtenus par cette méthode (Rist, Kuss, Lobmayer, Voormweld, Cataluccio, Hegler, Kuthy et Kindberg).

Sergent et Bar préconisent que pour éviter la décompression brusque des poumons aussitôt après l'accouchement qui, comme on le sait a de fâcheuses conséquences, on pourrait faire un petit pneumothorax bilatéral établi après les couches et entretenu pendant un certain temps. On pourrait l'employer

comme moyen curatif et préventif (cas de femmes antérieurement atteintes de tuberculoses latentes non évolutives), à condition que la femme ne soit pas en état de choc, ni cachectique mais résistante. Sergent apporte 9 cas, Mignot 4 cas et dans tous ils ont obtenu un résultat satisfaisant.

Saye et Amorin (Rio de Janeiro) surtout ce dernier considèrent même que la grossesse ne doit être prise comme une contre-indication de la Thorocoplastie chaque fois que les autres méthodes collapsothérapeutiques sont impossibles ; surtout si on la fait en deux temps : Premier temps résection de la 6<sup>e</sup> à la 11<sup>e</sup> côte, puis au 6<sup>e</sup> mois on résèque les 5 premières côtes. Il a obtenu un résultat magnifique par cette méthode chez une femme atteinte de tuberculose ulcéro-caséeuse scavée.

Bayle (de Canne), insiste sur les beaux résultats obtenus par l'opothérapie splénique.

Léon Bernard, Mayer et Sake Saropoulos (*Presse Médicale* 1931, n<sup>o</sup> 80) pensent qu'en cas d'échec du pneumothorax on doit instituer un traitement par la chrysothérapie et le continuer après l'accouchement car il a obtenu de bons résultats.

### La question de l'allaitement

Supposant que la grossesse et l'accouchement aient évolué dans de très bonnes conditions, c'est-à-dire indépendamment de la lésion pulmonaire, reste la question de l'allaitement, là encore les opinions sont divergentes.

Sabourin se basant sur les arguments de Dumarest et Brette que « l'intoxication menstruelle frappe les poumons au maximum » permet l'allaitement parce qu'il évite le retour de règles, véritable épée de Damocles pour les femmes tuberculeuses qui sont souvent « tuées par leurs règles » (Sabourin).

Pinard est déjà moins optimiste et ne permet l'allaitement qu'aux femmes ayant une tuberculose fermée.

Tout à l'opposé sont les idées de Maurice Ribière qui pense que toute atteinte même ancienne, même localisée de la

tuberculose témoigne d'une prédisposition que contre-indique l'allaitement.

En général la lactation favorise la tuberculose parce qu'elle entraîne fatigue, déminéralisation et hyperglycémie.

Siredey préconise comme mesure de prophylaxie l'interdiction de l'allaitement, non seulement aux formes ouvertes de la tuberculose mais aux femmes avec antécédents bacillaires ou même suspectes de cette affection; parce que la contagion de l'enfant est possible par l'élimination de bacilles par le lait et que d'autre part la tuberculose est aggravée.

### **Les interventionnistes**

On voit donc que le dogme des optimistes est : laisser évoluer la grossesse et soigner la tuberculose en son cours, une fois l'accouchement produit.

Mais beaucoup considérant l'enfant né de tuberculeuses comme chétif, n'hésitent pas à intervenir par l'avortement thérapeutique dans certains cas bien définis. Il ne s'agit donc pas du pessimisme absolu tel que Schanta l'a congru au Congrès international gynécologique de Rome en 1902. Cet auteur proposait d'intervenir chaque fois que le diagnostic de tuberculose pulmonaire est indiscutable et Maraglione, lui, préconisait l'avortement chez les femmes tuberculeuses même si la grossesse ne semblait jouer aucun rôle fâcheux.

On voit donc que les pessimistes d'aujourd'hui sont éclectiques puisqu'ils n'autorisent l'intervention que dans les cas où les moyens conservateurs de la phtisiologie moderne n'ont pu arrêter l'évolution de la tuberculose. Ils n'interviennent pas dans les cas trop avancés, la mort étant certaine.

Les auteurs des différents pays se sont attachés à délimiter les cas pour lesquels l'interruption de la grossesse est à conseiller.

Avant tout Bar fixe la date de l'interruption. Pour être efficace et rationnelle, elle doit être faite avant le quatrième mois et il ajoute : « Les cas où le problème se pose sont ceux où les lésions, pour être sérieuses, ne sont pas telles que la

mort paraisse certaine; ce sont surtout ceux où les lésions sont franchement curables, ce sont les cas où il faut se demander si la femme pourra conduire à terme sans que les lésions s'aggravent au point de devenir incurables ou d'issue incertaine, ce sont ceux enfin où les lésions, quoique légères encore paraissent s'aggraver par le fait de la grossesse, ceux où les lésions semblent avoir commencé avec la grossesse, dans tous les cas c'est un problème de conscience autant que de jugement qui se pose.

Brindeau précise que l'interruption de la grossesse doit être décidée chez les femmes tuberculeuses dont la maladie coïncide avec une autre affection (vomissements incoérissables, cardiopathies, néphrites, pyélonéphrites graves) et chez celles qui ayant subi un coup de fouet du fait d'un accouchement antérieur sont redevenues enceintes presque aussitôt. On interviendrait encore quand la tuberculose débute avec la grossesse et évolue rapidement, chez la femme dont la maladie s'aggrave dès le début de la grossesse et chez laquelle un pneumothorax est impossible; chez celles qui voient leur état empirer malgré la collapsothérapie bien faite. Il cite comme contre-indications : 1° Les tuberculoses légères non aggravées par la grossesse; 2° Les formes scléreuses; 3° Les formes très graves; 4° La granulie; 5° La grossesse ayant dépassé le quatrième mois.

Norris dit qu'on doit intervenir dans les lésions étendues mêmes latentes, en évolution bénigne pour une tuberculose laryngée, l'avortement doit se faire de suite car plus la gestation est avancée plus l'intoxication de la mère est grande.

Andérodias et Monod déconseillent l'interruption dans les cas de laryngites tuberculeuses, parce que la situation s'aggrave au lieu de s'améliorer, la sagesse consiste à laisser aller à terme en assurant de cette façon la vie de l'enfant.

### **Les interventionnistes en Allemagne.**

Si en France les interventionnistes ont trouvé peu d'adeptes ils ont, par contre, récolté plus de voix en Allemagne.

Kehler, de Dresde, représente une opinion modérée. Outre-

Rhin. Il trace en résumé les indications de l'interruption : dans le 1<sup>er</sup> degré de Turban si la malade n'a pas les moyens de se soigner, on doit interrompre la grossesse à n'importe quel mois ; dans le 2<sup>e</sup> degré de Turban il y a indication absolue d'interrompre ; et dans le 3<sup>e</sup> degré du Turban il est inutile d'intervenir surtout s'il y a complication laryngée.

Novac n'intervient plus à partir du quatrième mois et n'interrompt la grossesse que dans la tuberculose pulmonaire active tendant à la propagation ; dans les formes exsudatives, la phthisie caverneuse, le commencement de la granulie.

Plus précis est V. Rhosthorn qui interrompt la grossesse chez une femme tuberculeuse : 1<sup>o</sup> S'il existe un processus tuberculeux actif avec fièvre et chute de poids rapide ; 2<sup>o</sup> Si la température est subfébrile, même légèrement et si la fièvre résiste à un traitement rationnel avec un état objectif assez bon ; 3<sup>o</sup> Si la tuberculose dépasse les limites des lobes supérieurs ; 4<sup>o</sup> Si elle se complique de cardiopathie ou d'atteinte des systèmes uro-génital ou digestif ; 5<sup>o</sup> Surtout, si la bacillose pulmonaire s'accompagne d'une tuberculose laryngée même légère ; 6<sup>o</sup> Si l'hérédité tuberculeuse de la mère est très chargée. Une 7<sup>e</sup> indication ajoutent Frankel et Stœchel lorsque l'affection pulmonaire est compliquée de tuberculose ostéo-articulaire.

Comme contre-indications ils signalent les tuberculoses latentes et la bacillose pulmonaire trop avancée.

Pankow et Winter disent que dans le premier stade de Turban on peut faire un accouchement prématuré après le 7<sup>e</sup> mois, mais dans le deuxième et troisième stade de Turban ils s'abstiennent lorsque le 7<sup>e</sup> mois est dépassé.

On voit donc qu'il y a divergences entre les opinions de ces divers auteurs, mais ils ont un trait commun : soigner avant tout la tuberculose par les moyens médicaux.

### **Les différentes méthodes qu'emploient les interventionnistes**

Si les auteurs qui interviennent sont nombreux quels sont les procédés qu'ils emploient ? Nous allons l'indiquer en résumé :

En France on ne pratique guère une intervention, on fait l'avortement provoqué. Brindeau et Bar préfèrent l'hystérectomie chez les femmes âgées ayant plusieurs enfants. Léon Bernard et Rist s'élèvent contre la castration qui serait la cause du fléchissement des défenses, tout comme la menstruation, la gravidité et la puerpéralité. Metzger pense qu'une extirpation totale de l'utérus est nécessaire ayant vu des complications génitales après l'avortement.

En Allemagne où l'on est beaucoup plus interventionniste, Werner, préconise le procédé de Wertheim ayant comme avantage de conserver les ovaires, ainsi la sécrétion interne ne serait pas troublée et il rapporte que sur 29 cas, 24 ont pu être contrôlé après un an; 20 femmes se sentaient améliorées, une seule est morte après 4 mois.

Bum conseille la castration par l'hystérectomie utéro-annexielle vaginale, parce qu'elle comporte tous les avantages d'une ménopause précoce, engraissement, augmentation des anticorps dans le sang. Mais lorsque la lésion pulmonaire s'accompagne de bacillose laryngée et dépassant le troisième mois il y a contre-indication nette.

Son élève Martin rapporte 20 cas traités ainsi et il signale une mortalité nulle. Chez toutes ces malades il a observé après un an 20% de mortalité pour tuberculose, les autres étaient cliniquement guéries après ce temps.

Walthard recommande l'évacuation de l'utérus par voie vaginale suivie de radio-castration, ayant comme avantage la possibilité d'une grossesse ultérieure si les doses étaient bien choisies et de nourrir les malades dès le lendemain. Il rapporte la statistique suivante comparative : Hystérectomie-stérilisation : 18 cas, dont 5 améliorés, 7 stationnaires, 6 mortes.

Castration par R. X. après l'avortement 9 cas : dont 7 améliorés, 0 stationnaire, 2 mortes.

### Les résultats des statistiques.

Cette rapide revue des techniques d'interruptions employées par les différents auteurs une fois faite, cherchons quels sont les résultats des statistiques? Nous en citerons les résultats qui nous ont paru les plus démonstratifs.

Sergent a obtenu 4 succès par interruption de la grossesse chez des femmes qui ont présentées une tuberculose progressive dès le début de la gestation.

Rist de son côté interrompt la grossesse chez deux femmes à évolution tuberculeuse progressive et chez lesquelles le pneumothorax n'avait rien donné, dans les deux cas il a obtenu une amélioration assez tardive.

Voron au III<sup>e</sup> Congrès de l'association des gynécologues et obstétriciens de langue française à Genève, fait un rapport collectif de 70 interventions faites en France et dans la Suisse romande : 20 étaient des hystérectomies, 15 faites par Bar et 5 par Brindeau, dans les 20 cas il y eut une amélioration immédiate; mais les suites tardives étaient inconnues. Les 50 derniers cas étaient des avortements (dont 5 interruption par utérotomie et stérilisation consécutive par Rossier, de Lausanne), 7 femmes sont mortes entre le premier et le huitième mois qui ont suivi l'intervention. Les autres cas ont été suivis d'une amélioration, mais ici encore les suites tardives n'ont pas été connues.

Brindeau en 1931 dans la *Revue de la tuberculose* rapporte 25 cas, 21 de l'hôpital Tarnier et 4 de sa clientèle privée, chez toutes ces malades il a pratiqué une intervention, 20 fois avant le quatrième mois, et 5 entre le quatrième et le cinquième mois, il a observé une morte par embolie; 24 malades ont été plus ou moins améliorées.

En Allemagne où l'on pratique l'interruption de la grossesse à une grande échelle, les statistiques sont très nombreuses, mais les résultats aussi sont très variés pour des différents auteurs.

Parmi tant de statistiques publiées en Allemagne; Winter

et Oppermann en 1923 présentent un travail que nous croyons très intéressant. Ces auteurs sur 43 tuberculeuses latentes et sans intervention ont vu 11 cas s'aggraver soit 23% tandis que 86% d'aggravations étaient relevées pour les cas de tuberculoses manifestes.

Sur 34 tuberculoses actives pour lesquelles la grossesse a été interrompue, 26 fois le processus bacillaire a été enrayé, soit 76% qui se répartissent comme suit.

|             |           |               |   |     |
|-------------|-----------|---------------|---|-----|
| 14 cas avec | 12 succès | dans le stade | I |     |
| 12          | —         | 9             | — | II  |
| 8           | —         | 5             | — | III |

Frans et Zondek rapportent les observations de 48 tuberculoses manifestes, toutes ont subi l'interruption de la grossesse dans les quatre premiers mois de la gestation. Ils ont obtenu de bons résultats (guérison, amélioration ou état stationnaire) dans :

|                                |        |            |
|--------------------------------|--------|------------|
| Premier stade .                | 28 cas | soit 71,4% |
| 2 <sup>e</sup> stade . . . . . | 18 cas | soit 5,5%  |
| 3 <sup>e</sup> stade . . . . . | 2 cas  | soit 0%    |

Pankow et Küpferle ont pu examiner tardivement 91 cas de tuberculoses manifestes et dans lesquelles on a interrompu la gestation :

| Stade de Turban | Malades | Améliorées | Soit  |
|-----------------|---------|------------|-------|
| I               | 69      | 60         | 85,7% |
| II              | 15      | 6          | 40%   |
| III             | 7       | 0          | 0%    |

Dans cette statistique on remarque dans le III<sup>e</sup> de Turban 100% de mortalité.

Si l'on considère le moment de l'interruption on a les résultats suivants :

Avortements artificiels (de la première à la 16<sup>e</sup> semaine) : 58 cas, soit 85,3% ;

Fausses-couches provoquées (du 4<sup>e</sup> au 7<sup>e</sup> mois), 5 cas, soit : 38,5% ;

Accouchements prématurés (à partir du 7<sup>e</sup> mois), 3 cas, soit 30%.

Mello trouve de meilleurs résultats dans la stérilisation que dans l'avortement simple comme le démontre le tableau suivant :

Avortement simple : 44 cas    Avortement avec stérilisation, 99 cas.

|              |     |     |
|--------------|-----|-----|
| Amélioration | 36% | 64% |
| Aggravation  | 23% | 17% |

A ces résultats sont opposés les travaux de Schweitzer et Schérer qui contredisent les arguments des interventionnistes.

Schweitzer rapporte 82 cas d'interruption de la grossesse pour tuberculose pulmonaire, il a obtenu une aggravation dans 44 cas, toutes ces malades sont décédées, soit 54%, tandis que sur 22 cas le traitement conservateur a été appliqué, 17 ont pu être contrôlés, il y a eu 7 cas d'aggravation (soit 41 %) et 4 morts (soit 24%).

Plus frappante est encore la statistique apportée par Schérer qui sur 427 observations, interrompt la grossesse chez 72 femmes; 53 malades sont mortes, soit 74% tandis que sur 31 femmes qui avaient refusé l'avortement 3 succombent, soit 9,7%. Dans une autre statistique de 324 femmes tuberculeuses enceintes accouchant à terme, il ne relève que 4,01% de mortalité.

Schultze et Rhonhof rapportent une statistique de Kramer dont le résumé en ces grandes lignes est celui-ci :

| Stades de la tuberculose Turban | Succès de Winter | Interventionnistes Junguer | Succès de traitement conserv. Krausser |
|---------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------------------|
| I                               | 87%              | 83%                        | 81%                                    |
| II                              | 60%              | 50%                        | 60%                                    |
| III                             | 23%              | 0%                         | 47%                                    |

Comme nous le voyons les résultats ne sont pas les mêmes

pour tous les auteurs, les divergences sont si grandes qu'il est impossible d'en conclure et d'accord avec Forssner nous pourrions dire dans le premier stade de Turban qu'il est inutile d'intervenir, car une grossesse allant à terme n'est pas plus dangereuse pour les tuberculeuses du premier degré que pour les femmes saines. De même dans le degré II et III de Turban, les résultats sont plus mauvais que lorsqu'on n'intervient pas.

Nous concluerons donc comme Schultze-Rhonhof qui font remarquer que l'on ne peut pas comparer des statistiques, étant donné la différence de matériel, la différence dans les observations et dans le jugement.

### **La religion catholique et l'avortement thérapeutique.**

Pour la rédaction de ce chapitre nous nous sommes rapporté à la brillante étude faite par M. le Pr Marc Rivière (de Bordeaux) sur les « Interventions dans les grossesses extra-utérines et la morale catholique » (*Bull. de la Société médicale de Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien*, juin 1931), dont nous faisons quelques extraits concernant la partie religieuse. M. le Pr agrégé Marc Rivière écrit : « L'Eglise a toujours pris la défense du produit de conception non pas contre les intérêts de la mère mais le plus souvent contre l'action intempestive du médecin.

» Inébranlable dans sa doctrine gardienne du droit naturel, elle a toujours proclamé que le fœtus a des droits égaux à ceux de la mère, aussi a-t-elle toujours refusé d'admettre l'avortement thérapeutique, aussi bien chez la femme atteinte de vomissements *que chez les tuberculeuses*, les cardiopathes, les cancéreuses.

» La vague interventionniste déferle sur la France de l'Est à l'Ouest. Il semble que son origine doit être cherchée en terre luthérienne, protestante, ou chez les peuples athées comme la Russie des Soviets « Contre cette vague agressive l'Eglise reste impassible comme un phare immobile au milieu de l'océan chaotique des idées médicales ». M. le Pr agrégé Marc

Rivière précise qu'il nous faut un critère sur la question de l'intervention : « Nous ne le demanderons, écrit-il, *ni à l'art médical* constant dans sa fin qui est de conserver ou de rendre la santé, mais essentiellement mouvant dans ses moyens, soumis au perpétuel flux et reflux des idées régnantes et toujours insoucieux de la moralité de ses moyens.

» Ce ne sera plus non *au sentiment* que nous nous adresserons. Il n'est pas de critère qui soit plus sujet à caution, le sentiment étant presque toujours aux antipodes de la justice.

» *Le bon sens* ? Sans doute, suffisant pour résoudre les problèmes courants, il n'est cependant pas à l'abri des défaillances quand il s'agit des questions aussi délicates, aussi complexes que celle que nous étudions.

*La conscience* ? Critère dangereux parce que trop individuel. Notre conscience est-ce que nos atavismes, notre éducation l'ont faite ; elle relève d'une loi morale, mais ainsi que le disent le R. P. Payen et le R. P. Eschbach : « Elle ne décrète point cette loi et peut elle-même être faussée par l'éducation ou aveuglée par le sentiment. »

Il termine en écrivant : « Seul, Messieurs, le *droit naturel* peut nous servir de guide, le droit naturel éclairé par la raison, commenté par les grands moralistes. C'est à lui que nous demanderons les lumières qui nous sont nécessaires pour suivre notre chemin avec sécurité.

» Que nous apprend-il ?

» Avec le *Décatalogue*, il nous dit tout d'abord : « Tu ne tueras point. » Il nous montre ensuite qu'il existe plusieurs façons de tuer. Le meurtre peut être volontaire et direct, volontaire et indirect, involontaire, direct ou indirect.

» Seul est coupable le meurtre auquel a consenti la volonté.

» A cette règle il n'existe que trois exceptions :

» Le meurtre direct, volontaire et licite :

» I. Dans le cas de guerre juste ou supposée telle ;

» II. Dans l'exécution d'une sentence de mort légitimement rendue par un tribunal qualifié ;

» III. Dans le cas de légitime défense contre un injuste agresseur.

» Hors ces trois exceptions, la loi naturelle d'accord avec la loi divine interdit formellement toute atteinte à la vie».

Nous voyons donc que l'Eglise catholique, d'accord avec l'Etat, défend toute pratique d'avortement.

### **Les législations d'Etat et l'avortement thérapeutique.**

En France toute pratique d'avortement est punie par la loi du 27 mars 1923, article 317.

En ce qui concerne l'avortement thérapeutique pour le justifier, on a tout d'abord soulevé l'excuse de la légitime défense de la mère contre le fœtus qui met sa vie en danger imminent, nous ne saurions retenir cet argument, proposé par Maxwell, car le fœtus n'est pas l'agresseur injuste évoqué par la légitime défense (Balthazard).

Le véritable fondement juridique de l'avortement thérapeutique réside dans *l'état de nécessité*. « La nature expose l'une à l'autre deux existences : dans le conflit extrême on peut sacrifier l'une ou l'autre sans crime. Mais on sait que les conditions de la nécessité sont plus rigoureuses que celle de la légitime défense, et la mort de l'enfant n'est autorisée que si la vie de la mère court un extrême danger » (Garçon).

Tant qu'un espoir subsiste de sauver la mère et l'enfant, le médecin ne saurait s'arroger le droit de sacrifier l'une des existences au salut de l'autre.

Quand la mort de la femme est certaine et qu'elle doit entraîner à coup sûr celle de l'enfant, l'indication de l'avortement ne saurait être contestée. Sinon on doit se trouver avant toute intervention en présence des conditions suivantes :

- 1° La mère court un danger extrême;
- 2° Ce danger est sous la dépendance de la grossesse;
- 3° Le danger cessera après l'intervention de la grossesse (Balthazard).

Comme on le voit, juridiquement l'avortement thérapeu-

tique est permis par la loi sous ces trois conditions citées plus haut. Mais on avouera qu'il est bien difficile de décider raisonnablement en considération de ces deux dernières dispositions.

---

## OBSERVATIONS

---

*Del. . . Marthe : tuberculose par lobite supérieure gauche, ayant débuté vraisemblablement au cours de deux premières grossesses. Nouvelle grossesse au cours de l'allaitement qui se termine par une fausse couche de deux mois. Evolution en 5 ans avec bilatéralisation et laryngite malgré un pneumothorax gauche.*

### Observation I

21 ans, entrée le 16 septembre 1929 au sanatorium Xavier Arnoz, service du professeur agrégé Piéchaud.

Antécédents : Une sœur de 26 ans a présenté une pleurésie, soignée pendant un an dans un sanatorium; notre malade a été en contact avec elle.

Antécédents personnels : Une grossesse en 1927, six mois après, une seconde grossesse; enfants vivants, actuellement en bonne santé. A cette époque, fait une pleurésie du côté gauche; cinq mois après l'accouchement, fait une fausse couche et depuis, devient de plus en plus fatiguée.

Signes physiques : Lobite supérieure gauche.

A gauche, sous-matité de la fosse sous-claviculaire, râles fins en bouffées au sommet, signes cavitaires après la toux (râles sous-crépitants, craquements, gargouillements). A droite, murmures vésiculaires normaux, respiration un peu soufflante au sommet.

Un pneumothorax est réalisé à gauche, le 26 septembre 1929. Température à 38° avec rémission matinale.

En avril 1930, infiltration apicale nette du poumon droit (craquements et râles humides à la base). Second séjour en 1932. A cette époque, ancien pneumothorax gauche, infiltration apicale droite. Température à 38°. Ptose gastrique. Bacilles de Koch dans les crachats. Décédée le 20 décembre 1932.

En résumé, une malade dont sa bacilliose semble remonter dans les mois qui suivent sa première grossesse, deux gros-

resses ultérieures dont la dernière se termine par une fausse couche, qui aggrave beaucoup la malade, malgré un pneumothorax, meurt trois ans après.

### Observation II.

*Grel... Germaine : tuberculose ouverte du sommet droit peu évolutive.*

24 ans, entrée le 27 novembre 1932 au sanatorium Xavier Arnoz, service du professeur agrégé Piéchaud.

Antécédents héréditaires : Mère morte de tuberculose à 24 ans.

Antécédents personnels : Affection aiguë pulmonaire à 16 ans. A 17 ans, se place à Paris comme femme de chambre où elle se fatigue beaucoup et maigrit considérablement. Vient à Bordeaux où elle rentre à l'hôpital Saint-André, en septembre 1932; comme elle tousse, on lui fait un examen radiologique qui démontre une lésion du côté gauche.

Va à la consultation du professeur Leuret qui l'admet au sanatorium où on remarque comme signes physiques : à gauche et en avant, vibrations transmises diminuées, respiration rude, sonorité diminuée.

En arrière et à gauche, sous-matité avec un peu de douleur à la percussion dans la fosse sus-épineuse.

A droite, rien à signaler.

L'examen radioscopique démontre un voile léger des plus discrets du sommet gauche.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Température à 38°. Traitement sanatorial : soufre et allochrysine qui améliorent beaucoup la malade.

La malade se trouvant enceinte de 8 mois, part le 23 mai 1933 pour la Maternité Pellegrin où elle accouche d'un enfant né à terme; à ce moment en bonne santé.

En juillet 1933, revient au sanatorium où elle décède, le 31 septembre 1934.

En résumé, jeune femme, dont la tuberculose paraît débiter à 17 ans, grossesse à 25 ans, accouchement normal, décédée un an après.

### Observation III.

*Caz... : tuberculose évolutive ulcéro-caséreuse droite, début clinique à la fin d'une grossesse. Evolution fatale en 2 années.*

20 ans, entrée le 15 novembre 1930, au sanatorium Xavier Arnoz, service du professeur agrégé F. Piéchaud.

Aucuns antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels : Mariée en 1927, cohabite de 1927 à 1930 avec des tuberculeux. Grossesse en 1929, enfant vivant et en bonne santé.

Vers la fin de cette grossesse, commence à tousser et cracher; depuis ne s'est plus arrêtée. En septembre 1930, fait de la température; elle est admise au sanatorium où on remarque comme signes physiques :

A droite, augmentation des vibrations sur toute l'étendue du poumon, sauf à la base, sous-matité de la région facio-hilaire et au sommet, râles humides nombreux et craquements au sommet, respiration rude et soufflante dans la région hilare.

A gauche, rien d'anormal.

On décide un pneumothorax. En janvier 1931, phrénisectomie droite par le professeur agrégé Charrier qui n'apporte guère de modifications à l'état général.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats et dans les selles.

L'examen du larynx démontre une rougeur arythénoïdienne sans infiltration.

Température à 39° pendant tout son séjour.

Morte au sanatorium, le 25 avril 1931.

En résumé une femme dont sa tuberculose a débuté à la fin de sa grossesse en 1929, traitée par pneumothorax et phrénisectomie, morte deux ans après.

#### Observation IV.

29 ans, *Exc...* Marie-Thérèse : tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale fortement évolutive, ayant vraisemblablement débuté à l'âge de 12 ans, 3 grossesses cependant normales : allaite ses deux premiers enfants : début d'évolution après le troisième accouchement sans rémission.

Entrée le 4 juin 1934 au sanatorium Xavier Arnoz, service du professeur agrégé Piéchaud.

Aucun antécédent tuberculeux héréditaire et collatéral.

Antécédents personnels : premières règles à 12 ans. A cette époque se sent fatiguée et anémiée. Mariée à 22 ans, a eu trois grossesses normales en 1930, 1932, 1933, enfants vivants et en bonne santé. Dans les deux premières grossesses, nourrit son enfant.

Fin mai 1934, se trouvant très fatiguée, elle est admise au sanatorium où on remarque comme signes : submatité dans toute l'étendue

du poumon droit, surtout au niveau de la région hilare. Augmentation de vibrations vocales pour les deux poumons, plus accentuée à droite : râles humides et craquements dans la région hilare de ce côté et aux sommets des deux poumons. Laryngite ulcéreuse diffuse. Bacilles de Koch dans les crachats. Température à 38° le soir. Décès le 28 juin 1934.

### Observation V

*Lefra... : tuberculose bilatérale évolutive à prédominance gauche : début clinique de la maladie au cours d'une grossesse.*

17 ans, entrée en juillet 1932 au sanatorium Xavier Arnoz, service du professeur agrégé F. Piéchaud.

Aucun antécédent tuberculeux héréditaire et collatéral.

Antécédents personnels : Otorrhée chronique jusqu'à l'âge de 14 ans. Grossesse et accouchement en 1931, enfant actuellement en bonne santé. Pendant cette grossesse se trouve très fatiguée, toussé et crache. En janvier 1932, rentre à l'hôpital de Caen, où on lui fait un pneumothorax gauche. En avril, sort de l'hôpital, va à l'assistance, reste trois mois, d'où elle est envoyée à Cadillac. Son état s'aggrave; on l'adresse au sanatorium où on porte le diagnostic de lobite supérieure gauche. Signes physiques : A droite, sibilances de la région hilare. A gauche : râles humides au sommet et au hile.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Température à 38° le soir. Morte en septembre 1933.

En résumé une femme qui a commencé sa tuberculose à l'occasion d'une grossesse, traitée par un pneumothorax gauche. Décès deux ans après son accouchement.

### Observation VI.

*Clair., Valentine : lobite supérieure gauche peu infectante et peu évolutive. Corticopleurite gauche à la suite du deuxième accouchement.*

26 ans, entrée le 15 mai 1929, au sanatorium Xavier Arnoz, service du professeur agrégé Piéchaud.

Antécédents personnels : En 1926, fait une grossesse et accouche d'un enfant de sept mois avec une malformation (*spina bifida*), nourrit son enfant jusqu'à 4 mois, actuellement enfant vivant, état général médiocre; depuis reste très fatiguée, toussé et crache. En décembre 1928, crache du sang.

Signes physiques : Lobite supérieure gauche peu évolutive et peu infectante.

A droite : Augmentation des vibrations dans tout le poumon, sauf au-dessus de la clavicule, matité et quelques râles au sommet.

A gauche : Sous-matité, expiration prolongée au sommet.

Température se maintient à 38°.

Le 12 novembre 1929, accouche avant terme par insertion basse du placenta, à Boursier. Enfant mort quinze jours après l'accouchement de broncho-pneumonie.

Le 16 mai 1931, cortico-pleurite gauche, gros frottements pleuraux. En avril 1932, amélioration anatomique importante.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats, mais qui disparaissent au cours du traitement sanatorial; allochrysine, viosten, biocholine.

Examen radioscopique : Démontre le poumon droit gris et moucheté; à gauche, rien d'anormal.

Morte au sanatorium, le 31 décembre 1932.

En résumé cette femme fait une tuberculose qui paraît débiter à la suite de sa première grossesse en 1926, et fait une deuxième grossesse en 1929. Décès trois ans après son dernier accouchement.

### Observation VII.

*De... Julie : tuberculose bilatérale ulcéro-caséuse, évolutive surtout accentuée à droite, ayant vraisemblablement débuté avant 1930, et traitée par pneumothorax, grossesse et accouchement à 6 mois et demi.*

24 ans. Entrée le 17 mai 1930 au sanatorium Xavier Arnozan, service du professeur agrégé Piéchaud.

Antécédents héréditaires : Négatif en ce qui concerne la tuberculose.

Antécédents personnels : Pas de maladies d'enfance.

Depuis l'hiver 1930, commence à tousser et à cracher, fait une hémoptysie qui la décide de rentrer au centre anti-tuberculeux.

Examen à sa rentrée au sanatorium : En avant et à gauche, râles humides sur toute la hauteur du poumon, surtout au sommet et au hile.

En arrière, respiration soufflante.

Poumon droit : En avant et en arrière, pectoro-phonie aphone, gargouillements et souffle caverneux au sommet, râles humides.

Température à 39° le soir et 35°5 le matin, pouls à 84.

Le 28 juin 1930, on crée un pneumothorax du côté droit (le côté le plus évolutif).

Le 4 mai 1931, la malade accouche à Pèlerin, à 6 mois et demi, d'un enfant qui meurt trois heures après l'accouchement, revient au sanatorium; température à 39°; bacilles de Koch dans les crachats.

Le 19 février 1931, hydropneumothorax droit; à gauche, quelques pommelures dans toute la région sous-claviculaire.

Morte au sanatorium, le 30 juin 1931.

En résumé, une femme qui fait une tuberculose qui débute en 1930 et fait une grossesse en 1931, de 6 mois et demi, enfant meurt 3 heures après. Décès peu de temps après son accouchement.

### Observation VIII.

*Nag... Isabelle : tuberculose cavitaire unilatérale droite peu évolutive, puis stabilisée.*

25 ans. Entrée au sanatorium Xavier Arnozan, pavillon du professeur agrégé Piéchaud, le 14 septembre 1933.

Antécédents héréditaires : Père vieux tousseur et cracheur. Une sœur décédée, probablement bacillaire.

La malade a vécu en Espagne, elle a cultivé la terre jusqu'en 1923. Vient en France à cette époque, s'y marie, fait un avortement en 1926; trois accouchements normaux en 1927, 1928, 1930; enfants en bonne santé. En 1931 deux avortements successifs de un et de quatre mois. En 1932 nouvel accouchement à terme.

Mais déjà lors de son arrivée en France la malade se sentait fatiguée, et lors du dernier accouchement elle commence à cracher, à faire de la température et à maigrir.

La malade a été traitée au sanatorium de septembre 1933 à janvier 1934. On y a porté sur elle le diagnostic suivant :

Etat cavitaire considérable de la moitié supérieure du poumon droit avec obscurité de la base du même côté. On parle de thoracoplastie en octobre 1934; mais le 16 octobre elle fait un avortement dont les suites sont bonnes. Les crachats présentent des bacilles tuberculeux.

Malade actuellement en bon état.

Ainsi une femme qui, probablement, atteinte de tuberculose dès 1926, mène à bien 3 grossesses, et subit deux avortements sans être menacée par l'évolution de sa maladie, autrement que normalement progressive étant donné le type des lésions.

### Observation IX.

*Haz... Germaine : tuberculose ulcéro-caséuse droite traitée par pneumothorax.*

24 ans. Entrée le 4 mai 1934 au sanatorium Xavier-Arnoz, pavillon du professeur agrégé Piéchaud.

*Antécédents* : Mère a fait une pleurésie, contact possible avec la malade.

*Antécédents personnels* : Mariée à 20 ans. Au mois d'octobre 1933, disparition des règles, à la même époque fait une bronchite, va voir le professeur agrégé Piéchaud qui fait faire un examen des crachats qui démontre la présence des bacilles de Koch. Elle est admise au sanatorium.

Le 5 mai 1934 fait un accouchement avant terme de sept mois à la maternité; au cours du travail fait une hémoptysie, enfant de 1 kg. 800 qui meurt quelques heures après, suites de couches normales, mais 18 jours après son accouchement sans cause locale (utérus seins), la température s'élève à 38° le soir.

L'examen démontre comme signes physiques sous-matité et gros râles humides du sommet droit.

A gauche et en arrière quelques râles de petit calibre dans la région hilare, bacilles de Koch dans les crachats.

Le 8 juin 1934 on lui fait un pneumothorax droit qui a été continué jusqu'à son départ le 30 juin 1934. Le pneumo fait baisser la température; actuellement en bon état.

En résumé, une femme qui fait une tuberculose qui paraît débiter avec sa grossesse en octobre 1933, accouche à 7 mois; l'enfant meurt quelques heures après, On réalise un pneumothorax qui améliore la malade. Malade actuellement en bon état général

### Observation X.

*Lucie Lal... : tuberculose ulcérocavitaire droite avec atteinte discrète du poumon gauche; atteinte laryngée, pneumo-lhorax droit.*

26 ans, entrée le 26 avril 1923 au sanatorium Xavier-Arnoz, service du professeur Leuret.

*Histoire de la maladie.* — En 1931 perd l'appétit, maigrie de 4 kilogrammes en 1 mois. A Pau on commence un pneumothorax droit, elle vient à Bordeaux où elle est admise au sanatorium.

*Signes physiques.* — En avant et à droite hypersonorité sous-claviculaire et à l'aisselle, murmures vésiculaires faibles; aucun bruit

surajouté. En arrière et à droite hypersonorité de tout le poumon, diminution du murmure vésiculaire, dans la région hilare et basse droite *signes cavitaires*. A gauche et en arrière respiration soufflante, quelques râles crépitants, aucun bruit surajouté.

Bacilles de Koch dans les crachats. Reprise du pneumothorax.

Bacillose laryngée (rougeur arythénoïdienne, versant postérieur plus marqué).

Le 5 février 1933, fausse-couche à Canolle qui nécessite un curage, dans les suites de couches élévation brutale de température à 40°7. On pense à une septicémie d'origine bacillaire, peu de signes d'auscultation ce jour. La température continue à osciller entre 39° et 40° pendant 2 mois, pour redescendre à la normale.

Actuellement état général assez bon.

En résumé une femme qui, probablement, atteinte de tuberculose depuis 1931, on lui fait un pneumothorax droit qui est abandonné pour être repris en 1932, à cette époque fait une tuberculose laryngée, une fausse-couche qui a pour effet de donner un coup de fouet à la maladie. Actuellement état général assez bon.

### Observation XI.

*Gad... Anaïs : tuberculose à forme d'abord pleurale, puis ganglionnaire, enfin parenchymateuse apicale gauche avec réaction emphysémateuse des 2 parenchymes.*

35 ans, entrée le 4 mai 1934 au sanatorium Xavier-Arnozan, service du professeur Leuret.

*Antécédents héréditaires* : Aucuns antécédents tuberculeux.

*Antécédents personnels* : Crises d'asthme depuis l'âge de 18 ans, mariée en 1923, mari tuberculeux de guerre réformé 100 %; pleurésie droite en 1927, abcès froid cervical fistulisé en 1928; en 1929 hémoptysie légère, grossesse et accouchement normal en 1930; enfant actuellement en bonne santé.

Après la délivrance reste très fatiguée. En janvier 1934 va voir le professeur Leuret qui l'admet au sanatorium où on remarque comme signes physiques : En arrière sous-matité des deux sommets, à gauche râles sous-crépitanants et respiration abolie; au sommet droit respiration emphysémateuse.

L'examen radioscopique démontre un aspect flou des poumons, signes de médiastinites, scissure droite un peu foncée.

*Signes fonctionnels* : température à 38°, sueur nocturne, tousses et crache.

Absence de bacilles de Koch dans les crachats, actuellement au sanatorium en bon état général.

En résumé, une femme qui a fait une tuberculose fibro-emphysémateuse qui paraît avoir débuté en 1927. Grossesse et accouchement normaux en 1930, sans suite évolutive, actuellement en bon état.

### Observation XII.

*Pa... Solange : tuberculose ouverte des 2 lobes supérieurs.*

23 ans, entrée le 19 mars 1932 au sanatorium Xavier-Arnoz, professeur agrégé Piéchaud.

*Antécédents personnels* : Une grossesse en 1930, enfant en bonne santé. Pendant cette grossesse ressent un point de côté droit violent, mais c'est seulement en 1932 qu'elle fait de la température à 39°, touse, crache, perd l'appétit et maigrit; va à la consultation du professeur Leuret qui l'admet au sanatorium; où on remarque comme signes physiques : en arrière, sous-matité, craquements, râles lointains, denses et assez discrets des deux sommets. En avant, respiration rude et sous-matité du sommet gauche.

L'examen radioscopique démontre une infiltration ambolatérale plus marquée à droite.

*Traitement sanatorial* : glycérophosphate, allocrysine, qui améliorent l'état général.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats.

La malade étant enceinte part pour Pèlerin où elle accouche le 25 mai 1934 d'un enfant de 3 kg., accouchement normal sans température; la malade revient au sanatorium le 11 juin 1934 où elle est actuellement en bon état.

En résumé cette femme tuberculeuse de ses deux sommets, qui paraît débiter sa maladie dès les premiers mois d'une première grossesse en 1930. Une deuxième grossesse en 1934. Sort du sanatorium plutôt améliorée 4 mois après son accouchement. Actuellement en bon état.

### Observation XIII.

*Du... Marthe : tuberculose bilatérale des lobes supérieurs plus accentuée à droite, pneumothorax droit, stabilisation sans traitement des lésions gauches.*

26 ans. Entrée le 31 décembre 1932 au sanatorium Xavier-Arnoz, professeur agrégé Piéchaud.

*Antécédents héréditaires* : Un frère mort de tuberculose pulmonaire, un deuxième mort de tuberculose rénale.

*Antécédents personnels* : En 1927 a commencé à souffrir du côté gauche, toussé, crache, fait une hémoptysie importante. La malade a eu deux enfants en 1929 et en 1930; enfants, actuellement en bonne santé.

Depuis a fait deux fausses couches successives. Se trouvant de plus en plus fatiguée, on l'admet au sanatorium, où on remarque comme signes physiques : à droite et en arrière sous-matité légère, vibrations buccales augmentées, murmures vésiculaires diminués, souffle tubaire dans la région sous-épineuse, partout ailleurs, râles fins sous-crépitaux après la toux.

A gauche et en arrière : respiration soufflante, quelques râles fins à la base et au sommet après la toux.

A droite et en avant : mêmes signes qu'en arrière.

En résumé forme apicale droite.

Présence de bacilles de Koch dans les crachats. Température à 38° le soir.

Le 6 février 1933 on commence un pneumothorax droit qui a été continué; le poumon gauche s'est, entre temps, stabilisé; la malade est actuellement en très bon état.

En résumé une femme dont sa tuberculose paraît débiter en 1927; deux grossesses en 1929 et 1930; deux fausses-couches en 1931 et en 1932; en 1933 création d'un pneumothorax droit. Malade actuellement en très bon état, pneumothorax continue.

#### Observation XIV.

*Co... Cécile* : pleurésie sérofibrineuse d'évolution prolongée.

27 ans, entrée le 4 novembre 1930 au sanatorium Xavier-Arnoz au service du professeur Leuret.

Aucuns antécédents tuberculeux.

*Antécédents personnels* : A 14 ans fait des études de sage-femme, se trouve en contact avec bacillaires, 6 mois de dortoir commun. En 1927, pleurésie droite qui la fatigue beaucoup, se repose sept mois. Se trouvant enceinte de 6 mois, en mai 1930, va à la Maternité de Bordeaux où l'on décide de lui faire un pneumothorax. Bacilles de Koch dans les crachats. En août, elle accouche d'un enfant normal. A ce moment ni fièvre, ni toux, ni sueur nocturne.

En octobre, se trouvant fatiguée, avec température, elle est admise au sanatorium.

*Signes physiques* : Base droite, râles disséminés, avec sous-matité. Par ailleurs, rien à signaler. L'examen radioscopique montre à droite,

une grisaille homogène de la base, sans doute séquelles de sa pleurésie.

Le 10 novembre 1930, absence de bacilles dans les crachats.

La malade part du sanatorium en avril 1931. Actuellement, en bon état.

En résumé, une femme qui a commencé sa tuberculose en 1927. Fait une grossesse et accouchement normal en 1930, pendant cette grossesse on lui fait un pneumothorax. Malade actuellement en bon état.

---

## CONCLUSIONS

---

a) Ce que risque la femme enceinte tuberculeuse :

1° Les optimistes pensent que le risque de grossesse n'aggrave pas particulièrement l'état de la femme tuberculeuse, sauf dans certains cas bien délimités : tuberculose pulmonaire et laryngée accompagnée de grossesse, tuberculose pulmonaire à forme nettement évolutive.

2° Par contre les pessimistes estiment comme très fâcheuses le développement de la grossesse chez la femme phtisique.

b) Comment secourir la femme enceinte tuberculeuse ?

1° Les optimistes emploient tous les moyens conservateurs pouvant permettre à la mère de mener à bien sa grossesse tout en améliorant sa tuberculose : La collapsothérapie, la cure sanatoriale, la cure médicamenteuse, chrysothérapie, recalsification, opothérapie splénique.

2° Les interventionnistes déclarent l'avortement provoqué tantôt avec l'extirpation totale de l'utérus et conservation des ovaires, tantôt par la castration complète ; par l'avortement vaginal, suivie de radio castration.

c) Quels sont les résultats obtenus ?

1° Les conservateurs ont obtenu dans les cas de lésion unilatérale très limitée, de tuberculoses bilatérales apicales discrètes, ou de tuberculose disséminée discrète (1<sup>er</sup> stade

de Turban Gerhardt) un succès sensiblement égal à celui des interventionnistes. Conservateurs 81 % (Krausser), interventionnistes 87 % (Winter), 83 % (Junguer).

En cas de lobite importante non encore ulcérée (2<sup>e</sup> stade de Turban Gerhardt) les succès sont en nombre à peu près égaux pour les deux catégories.

Dans les cas de tuberculose nettement ulcéro caséuse étendue (3<sup>e</sup> stade Turban Gerhardt), les conservateurs ont obtenu de meilleurs résultats que les interventionnistes. Succès de conservateurs 47 % (Krausser) ; pour les interventionnistes 23 % (Winter), 0 % (Junguer).

L'avantage reste d'autant plus à ceux qui savent laisser évoluer la grossesse, puisqu'ils obtiennent des enfants vivants, tandis que les interventionnistes le sacrifient d'emblée.

2<sup>e</sup> Il est difficile de juger du bien fondé de ces statistiques pour la plupart d'origine allemande, qui ont le tort de ne pas suffisamment apprécier l'état de gravité de la tuberculose en tenant compte de son caractère évolutif et du terrain individuel sur lequel elle se développe. Diviser la tuberculose pulmonaire en stades schématiques a toujours réservé des déceptions quant à l'appréciation de cas cliniques si complexes. Et cependant malgré leurs imperfections ces groupements des faits gardent une valeur globale dont il nous a été nécessaire de tenir compte.

d) Que peuvent les hautes institutions morales, et que préconisent les législations d'Etat ?

1<sup>e</sup> L'Eglise catholique a toujours pris la défense du produit de conception, car elle considère comme égaux les droits spirituels de la parturiente et du produit de conception. Pour elle leurs âmes sont immortelles. L'Eglise protestante française ne diffère d'elle en rien sur ce point. De ce fait l'avortement est toujours condamnable.

2<sup>e</sup> En France, au point de vue juridique l'avortement

thérapeutique est permis dans les conditions suivantes : 1° que si la mère court un danger externe ; 2° ce danger est sous la dépendance certaine de la grossesse ; 3° le danger cessera après l'interruption de la grossesse (Balthazard).

On avouera qu'il est bien difficile de décider raisonnablement en considération de ces dernières dispositions.

Conclusions personnelles fondées sur les débats des opinions et les chiffres statistiques.

1° La grossesse aggrave souvent la tuberculose dans les formes évolutives, infectantes, cette influence néfaste atteinte son maximum dans la période du post-partum.

2° Dans les formes latentes non évolutives, fibreuses, la grossesse n'influe ni en bien, ni en mal la tuberculose.

3° La grossesse aggraverait la tuberculose d'une façon désastreuse lorsqu'elle s'accompagne de tuberculose laryngée.

4° Nous ne croyons pas qu'il soit nécessaire d'interrompre la grossesse, les résultats touchant l'évolution ultérieure de la maladie n'étant pas meilleurs lorsque l'avortement a été pratiqué.

5° Nous croyons qu'il est de toute nécessité et plus strictement que jamais de pratiquer chez la femme enceinte tuberculeuse, le traitement médical par tous les moyens que nous offrent les techniques phthisiologiques modernes (collapsothérapie, cure sanatorial, etc..., etc...).

6° D'accord avec le prof. Sergent nous croyons qu'il est bon, pour éviter l'action néfaste du post-partum, d'instituer une collapsothérapie unilatérale ou même s'il est nécessaire, bilatérale prudente. Le pneumothorax sera entretenu pendant tout le temps nécessaire à la stabilisation des lésions.

*Conclusions de nos Observations :*

Nous rapportons dans notre travail 14 observations prises au sanatorium Xavier Arnozan, nous les avons classées au point de vue de l'évolution ; c'est ainsi que sur 14 femmes enceintes tuberculeuses, 7 sont mortes, et 7 sont actuellement en bon état.

Parmi les formes peu évolutives ou franchement évolutives nous relevons sept cas ; toutes sont mortes dans un délais variant de 6 mois à 3 ans après leur accouchement ou dernière grossesse. Chez toutes ces malades on a institué le traitement médical (collapsothérapie, chrysothérapie, etc., etc.). Les sept autres malades, à forme peu évolutive et par la suite stabilisées du fait du traitement sanatorial, ont pu mener à terme leur grossesse. Actuellement toutes ces malades sont en bon état général, leur traitement est continué.

Les sept malades atteintes de tuberculose évolutive et mortes actuellement ont eu 10 enfants au cours de l'évolution de leur maladie. Parmi eux 8 vivent encore. Un enfant né à 6 mois et demi mourut trois heures après l'accouchement ; l'autre né peu avant terme est décédé de broncho-pneumonie, 15 jours après l'accouchement.

Les sept autres malades dont la tuberculose est actuellement stabilisée, ont eu 11 enfants et 3 fausses couches. Parmi ces enfants 10 vivent actuellement. Le cas de décès concerne un enfant pesant 1 kg. 800 à la naissance. La mort survint quelques heures après l'accouchement.

Pour les malades mortes dans un délais plus ou moins long après leur accouchement, on ne peut pas affirmer péremptoirement que c'est la grossesse qui a abrégé leur vie. Toutes en effet présentaient des formes évolutives, desquelles on peut dire qu'elles étaient au-dessus de toute ressource thérapeutique. Il est certain que sans la gestation survenue leur sort eut été le même.

Comme les statistiques à grande échelle l'ont démontré le sort ultérieur de la tuberculose n'est pas meilleur pour la femme dont on a interrompu la grossesse que pour celles chez lesquelles l'évolution en a été permise ; conjointement au traitement classique proprement institué.

Vu :

*Le Doyen,*

Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :

*Le Président,*

E. LEURET.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 14 janvier 1935

*Le Recteur de l'Académie,*

A. TERRACHER.

---



## BIBLIOGRAPHIE

- Andérodias, Mahon et Surville.** — « Sur un cas de granulie de suites de couches », *Bull. Soc. d'Obst. et de gynéc.*, 21 : 338-340, mai 1932.
- Andérodias et Monod.** — « Sur trois cas de femmes enceintes atteintes de laryngite tuberculeuse », *Bull. Soc. d'Obst. et de gynéc. de Paris*, 1922, XI 767(770) 1
- Andérodias et Lescorret.** — « Avortement thérapeutique chez une tuberculeuse *Bull. de la Soc. d'Obst.*, 1926, p. 479.
- Alfieri.** — « Les directions thérapeutiques dans les cas de tuberculose pulmonaire compliquant la grossesse », *Bull. de Soc. méd. chir.*, Pavia, 1926, p. 633-43.
- Audenert et Bayloc.** — « Pneumothorax artificiel dans la grossesse compliquée de tuberculose pulmonaire », *Soc. de Méd. de Chir. de Pharm. de Toulouse*, 11 et 21 mars 1925.
- Bar.** — « Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose », VII<sup>e</sup> Congrès de la tuberculose, Rome, 1912.  
 — « Grossesse et tuberculose », *Bulletin de l'Acad. de Méd.*, 11 juillet 1922; n° 37, 14 nov. 1922; n° 142, 19 déc. 1922.  
 — « De la tuberculose compliquée de grossesse », Conférence de Madrid, 1921.
- Bar et Devraigne.** — « Sensibilité des femmes enceintes à la tuberculine », *Obstétrique*, avril 1911, p. 345.
- Bayle.** — « Traitement médical de la tuberculose dans la grossesse », *Concours médical*, 12 février 1928, p. 398.
- Bernard (Léon).** — « Gestation et tuberculose », *Presse médicale*, du 16 nov. 1921.  
 — « Rapports de la tuberculose et la grossesse », *Bull. Acad. de Méd.*, n° 42, 19 décembre 1922.  
 — « Relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité », *Paris Médical*, 6 janv. 1923.
- Bernard, Mayer (Ch.) et Sakellaropoulos.** — « La chrysothérapie préventive chez les tuberculeuses enceintes », *Presse méd.*, n° 80, 7 oct. 1923.
- Bisc.** — « Grossesse et pneumothorax artificiel », *Gazette médicale du Centre*, 18 sept. 1922.
- Boursier et Farges.** — « Avortement provoqué pour tuberculose pulmonaire compliquée de tuberculose laryngée », *Bull. de la Soc. d'Obst. et de gynéc. de Paris*, oct. 1926, p. 481.

- Bassi.** — Congrès de Rome 1912, « Les indications médicales de l'interruption de la grossesse », *L'Obstétrique*, 1902.
- Bouffe de Saint-Blaise.** — « Tuberculose et grossesse », Soc. d'Obst. et de gynéc., 18 juin 1921.
- Brindeau (A.)**. — « Tuberculose et grossesse », Soc. d'Obst. et de gynéc., 18 juin 1921, Congrès de Genève, 1923.
- « De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses », *Paris Médical*, 6 janvier 1934-11.
- « Les indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire », *Revue de la tuberculose*, juillet 1931, n° 12, p. 856-869.
- Calmette (A.), Couvelaire (A.), Valtis (J.), Lacomme (M.) et Saenz (A.)**. — « Sur la présence de l'ultravirus tuberculeux dans le liquide amniotique d'un œuf extrait par hystérectomie d'une femme atteinte de tuberculose pulmonaire », *Bull. Acad. méd.*, t. C II, n° 29, séance du 30 juillet 1929, p. 93.
- Chappas (Cf.)**. — « Grossesse et tuberculose », *Union médicale du Nord-Est*, n° 5, mai 1926.
- Chapron.** — « Tuberculose et gestation chez les animaux », *Revue de pathol. comparée et hygiène générale*, 5 juin 1927, p. 627.
- Chatillon (F.)**. — « Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte », *Gynéc. et obst.*, 1923, t. VIII, n° 3, p. 391.
- Chauffard.** — « Rapports de la tuberculose et la grossesse », *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 14 nov. 1922, n° 37.
- Clément.** — *Le droit de l'enfant à naître*, Firme Ch. Beyaert, éditeurs Pontificaux, Bruges.
- Cleisz.** — « Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité », *Gyn. et obst.*, t. VII, n° 2, 1923.
- « Conduite à tenir en présence de l'association tuberculose pulmonaire et gestation », *Gynec. et obst.*, t. VIII, n° 3, 1923.
- Chambreleut.** — « Contribution à l'étude de la gravité du pronostic de la tuberculose laryngée chez les femmes enceintes », *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, 1909, t. XII, 312.
- Chambreleut et Got.** — « Phtisie laryngée chez une femme enceinte opportunité de l'interruption de la grossesse », *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1909, t. XXX, 319.
- Couvelaire.** — *Rapports de la tuberculose et de la gravité*, Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, 18 Avril 1921, p. 216-217.
- *Avenir des enfants des femmes atteintes de tuberculose pulmonaire*, Soc. d'obst. et de gynéc. de Paris, novembre 1923, p. 469.
- « Une maternité pour tuberculeuses », Service annexé à la clinique Baudelocque, *Gynéc. et obst.*, juin 1926, n° 6, *Revue hyg. et prophyl.*, novembre 1926, p. 276-281.
- « Tuberculose et fonction de reproduction chez la femme », *Tub. méd.*, mai 1927, p. 193.
- Cullen.** — *Etude de médecine pratique*, t. II, p. 189.

- Devienne.** — « Grossesse au cours du pneumothorax », *Centre médical*, n° 5, mai 1928, p. 121.
- Delmas (P.).** — « Tuberculose et puerpéralité », *Clinique et laboratoire*, 20 mai 1922, *Montpellier médical*, 15 nov. 1922.  
— « Tuberculose et gestation », Réunion obst. et gynéc. de Montpellier, séance du 5 décembre 1923.
- Dumarest.** — « La tuberculose pulmonaire et la grossesse », *Monde médical*, 1921, n° 655.
- Dumarest et Brette.** — « Rapports de la grossesse et de la tuberculose », *Bull. de l'Acad. de méd.*, 3 oct. 1922, t. LXXXIII, n° 31.  
— « Grossesse et tuberculose », *Presse médicale*, 21 juin 1922.
- Dubois de Monreynaud.** — « Observations de pneumothorax et grossesse », *Union médic. du Nord-Est*, 53<sup>e</sup> année, n° 2, févr. 1930, pp. 17-19.
- Demelin (L.).** — « Tuberculose pulmonaire et grossesse », *Journ. de praticiens*, n° 9, 2 mars 1929, p. 129; n° 10, 9 mars 1929, p. 145.
- Genevrier.** — « Des indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire », *Revue de la tuberculose*, 1931, t. XII, p. 868.
- Gendron et Moissard.** — « Pneumothorax artificiel et grossesse », *Gaz. méd. de Nantes*, avril 1922.
- Guenneau de Mussy.** — *Gazette des Hôpitaux*, 1863.
- Grissolle.** — 1849, Communication à l'Académie de Médecine.  
— « De l'influence de la grossesse et de la phthisie exercent l'une sur l'autre », *Arch. gynéc. de médéc.*, t. XXI, I 1850.
- Hergott.** — « Discussion sur la tuberculose et la gestation », *Bull. de l'Acad. de méd.*, 22 nov. 1922.
- Hervé.** — « Grossesse et pneumothorax artificiel », *Revue de la Tuberculose*, 1921, n° 1; *Gaz. Méd. du Centre*, 15 fév. 1922; *Concours Médical*, 21 mai 1922.  
— « Gestation et tuberculose », *Concours Méd.*, 1925, p. 2241.
- Hervé et Roussel.** — « Gestation et tuberculose » Conférence internationale de la tuberculose, Lausanne 1924, sanatorium des Pins, Lamothe-Beuvron.
- Jeannin.** — « De l'influence de la grossesse sur la tuberculose », *Progrès Médical* n° 28, 9 juill. 1927.
- Kuss.** — « Tuberculose pulmonaire et gestation », *Soc. obst. et gyn. de Paris*, 8 janv. 1922.
- Laumonier.** — « Grossesse et tuberculose », *Gaz. des hôp.*, 6 mars 1923.
- Le Lorier (V.).** — « Une statistique américaine sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse », *Bull. Méd.*, sept. 1930, p. 701.
- Mazet.** — *Tuberculose et grossesse*, Association des Etudiants de Doctorat, 18, rue Darcet, Paris, 1925.
- Metzger.** — « Discussion sur les rapports de la tuberculose et de la gestation », *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 8 janv. 1922.  
— « Tuberculose pulmonaire et état puerpéral », *Progrès Médical*, janv. 1928, p. 45.

- Mignot.** — « Tuberculose et gestation dans l'espèce humaine », *Revue de path. comparée et hygiène générale*, 20 mai 1927, p. 575.  
— « Tuberculose pulmonaire et grossesse », *L'Hôpital*, n° 192 (A) p. 348, mai 1927.
- Mauriceau.** — *Traité sur la grossesse*, 1687. *Observations sur la grossesse et sur l'accouchement des femmes et sur leur maladie*, 1<sup>re</sup> éd., t. II, 1715.
- Morisson et Lacomme.** — « Tuberculose et gestation », *Journ. de Méd. de Paris*, 1924.
- Novécourt et Paraf.** — « L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. L'anergie tuberculinique au cours de la grossesse et l'allaitement », *Presse Médicale*, 18 févr. 1920.
- Naveau.** — « Les résultats du pneumothorax thérapeutique dans ses rapports avec la grossesse », *Arch. Méd. d'Angers*, mai 1925.
- Pinard.** — « De l'avortement soit disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation », *Bull. Méd.* 10 janvier 1912; et *Annales d'obst. et de gyn.*, juin 1912.  
— « Tuberculose et grossesse », *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 21 nov. 1922
- Parisot-Semonin et Vermelin.** — « Tuberculose pulmonaire, grossesse, pneumothorax artificiel consécutif, amélioration », IV<sup>e</sup> Congrès de l'Ass. de Gynéc. et d'obst. de langue franç., Paris, oct. 1925. in : *Presse Méd.*, 10 oct. 1925.
- Pissard.** — « L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses », *Presse Méd.*, 22 déc. 1926, n° 92, p. 1614.
- Powiliwicz.** — « Tuberculose du larynx et gestation », *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 8 janv. 1922, n° 1.
- Raillet.** — « Tuberculose et gestation », *Arch. Méd. et Chir. de province*, n° 10, p. 453, oct. 1923.
- Rist.** — « Tuberculose pulmonaire et gravidité », *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 14 mars 1921, n° 3 et suiv.; *Rev. de la tuberculose*, 1924, n° 6,  
— « Des indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire », *Rev. de la Tuberculose*, 1931, t. XII, p. 864.
- Rist et Kindrey.** — « Quatre cas de phtisie pulmonaire traités par le pneumothorax artificiel », *Bull. et Mém. de la Soc. méd. hôp.* 30<sup>e</sup> année, 1914, n° 26, p. 146, à 150.
- Rochedieu.** — « Résultats éloignés de l'interruption de la grossesse suivie de castration pour tuberculose pulmonaire », *Schweizer medezinische Wochenschrift*, 1922, n° 23, p. 388-594.
- Roussel.** — « Gestation et tuberculose » (en collaboration avec Hervé) *Concours Méd.*, 1924, p. 2241.
- Rossières de la Chassagne.** — *Manuel des pulmonaires*, 1770.
- Salomon et Potter** (F. de). — « La cholestérinémie de la grossesse chez les femmes tuberculeuses », *Ann. de Méd.*, juin 1926; *Bruxelles Méd.*, 1927, p. 842.

- Sabourin.** — *Traitement rationnel de la phthisie*, 5<sup>e</sup> éd., 1917, p. 449 à 450, Masson, éditeur.
- Sergent.** — « L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses », *Presse Méd.*, 27 nov. 1926, n° 95, p. 1492.
- « Maternité et tuberculose », *Rev. path. comparée et hygiène générale*, 5 juin 1927, p. 623.
- « Traitement préventif de la tuberculose pulmonaire du post-partum », *Paris Méd.*, 2 janv. 1926, p. 17.
- « Tuberculose et gestation », *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 8 janv. 1922, n° 1 et suiv., *Bull. de l'Acad. de méd.*, 12 déc. 1921, n° 41 et 19 déc. 1922, n° 42.
- « Traitement préventif de la tuberculose pulmonaire du post-partum par l'établissement, aussitôt la délivrance, d'un petit pneumothorax bilatéral », *Bruxelles Médical*, 1927, p. 395.
- Siredey.** — « Rapport de la tuberculose et de la gravidité », *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 14 mars 1921 et avril 1921, n° 4, p. 218 et 8 janv. 1922, n° 1.
- « Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte », *Gyn. et Obst.*, 1923, t. VIII, n° 3, p. 290.
- Sibot (M.).** — « Puerpéralité et tuberculose », *Bull. médico-clin. de Cambo*, n° 19, 3<sup>e</sup> trimestre 1931.
- *Influence de la puerpéralité sur le développement et l'évolution de la tuberculose pulmonaire* (A. Legrand, éditeur, 93, boul. Saint-Germain, Paris, 1929).
- Stiasnie (J.).** — « Trente-quatre observations de la tuberculose et grossesse », *Rev. de la Tuberculose*, XI, 1930, p. 757.
- Triboulet et Valtis.** — « Un cas de grossesse ayant évolué normalement chez une femme portant un pneumothorax artificiel bilatéral et simultané », *Rev. de la tuberculose*, Paris, X, p. 548, avril 1929.
- Tecon.** — « Dans la Société des Médecins de Leysin », *Revue Médicale de Suisse Romande*, 27 avril 1911, t. XXXI, n° 6.
- « Influence de la grossesse, de l'accouchement et de l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. Avortement provoqué. Valeur du produit de conception, etc. », *Schwizer. Rundschau f. Medezin*, 1913, t. XIII, n° 23, pp. 950 à 969.
- Vignes.** — « Tuberculose et Gestation », *Revue pathol. comparée et hygiène générale*, 5 juin 1927, pp. 642-651.
- Voron.** — « Conduite à tenir chez la tuberculeuse pulmonaire enceinte », *Gynéc. et obst.*, 1923, t. VIII, n° 2, p. 141.
- Wallich.** — « Rapport de la tuberculose et de la gestation », *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 12 décembre 1922, n° 41, *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 8 janv. 1922.
- Weymeersch et Obrechtz.** — « Conduite à tenir chez la femme tuberculeuse gravide », *Gynéc. et Obst.*, 1923, t. VIII n° 2, p. 172.
- Yoshida.** — « Etude de la graisse dans le sang et le ferment lipolytique du sérum sanguin des femmes enceintes tuberculeuses », *Kinky Fujinkwa, Gakk, Zassi*, t. IX, 1926, n° 3, p. 1-23.

- « Effect otuberculosis on pregnancy », *Kinki Gynecological Society journal Japan*, déc. 1926, p. 3.

\*  
\*\*

- Barnes** (Harry Lee) and **Barnes** (Lena) — R. P. « Pregnancy and tuberculosis », *Amer. journal of obstetrics*, 1930, 19 from page 490 to 499.
- Hutchinson** (Dorothy W.). — « Tuberculosis and pregnancy », *Minnesola medicina*, n° 4, april 1929, p. 211.
- Norris**. — « Pregnancy and tuberculosis », *American journal of obstetric*, 1916, t. LXXIII, p. 997; *Pensilvania medical journal* 1916, p. 328.

\*  
\*\*

- Adam**. — « Lungen tuberkulose und Schwangerschaft », *Referat Zentralblatt. für Gynäkologie*, 1925, nr. 48, S. 2748.
- Alexandrow**. — « Kunstliche Schwanger sunterbrechung bei Hertz und Lungenkrankheisten », *Wien Medezin Wochenschrift*, 2 novem-ber 1912, S. 484.
- Beckmann** und **Kirch**. — « Tuberkulose und schwangerschaft », *Archiv. für Gynäkologie* 1929, B. 135, S. 438-460.
- Blinsjanskaja**. — « Tuberkulose und Schwangerschaft », *Archiv. für Gynäkologie*, 1921, B. 135, S. 438-460.
- Bum**. — « Die Beziehungen der Tuberkulose zu der Fortpflanzungs-fähigkeit », *Discussion von Veits Aarbeit*, S. 463; *Verhandl. der Deutschen Gesellschaft für Gynökologie*, 1911; *Deutsche medezin Wochenschrift*, 1908, nr. 13.
- Eberler**. — « Tuberkulose und Schwangerschaft », *Ergebnisse der Geburtshilfe*, 1914, Jahrg., 6, S. 87.
- Franz**. — « Lungentuberkulose und Schwangerschaft », *Zeitschrift für arzilfortbildung*, 1921, nr. 10, S. 286-288.
- Franque**. — « Umfrage über Tuberkulose und Schwangerschaft », *Medizin Klinik*, vom 15 mai 1931, nr. 20.
- Frisch**. — « Über Schwangerschaftsunterbrechung wegen Lungen-tuberkulose », *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1930, II, S. 1441-47 und 1931, I, S. 324.
- Goldschmidt**. — « Über das Schicksal der Frauen nach Abgelehnter Schwan gerschaftsunterbrechung », *Medezin Klinik*, 1926, Jahrg. 26. S. 1003.
- Gragert**. — « Umfrage über tuberkulose und Schwangerschaft », *Medizin Klinik*, vom 3 juli 1931, nr. 27.
- Grauzow**. — « Umfrage über Tuberkulose und Schwangerschaft », *Medizin Klinik*, vom 5 juni 1931, nr. 27.
- Hegler**. — « Umfrage über Tuberkulose und Schwangerschaft », *Medizin Klinik*, vom 5 juni 1931, nr. 27.
- Hornung**. — « Die vaginale totalexirtipation des graviden uterus in Lokal anästhesie bei Aktion progredienter Lungentuber-

- kulose », *Zentralschrift für Geburtshilfe*, 1929, 96, S. 35bis 40 und 214bis 230.
- Kessler.** — « Tuberkulose und schwangerschaft », *Zentralblatt für Gynäkologie*, november 1931, S. 27bis 41.
- Kuthy und Sobmayer.** — « Künstlicher pneumothorax, angelegt im 4 Monat der Gravidatät, » *Beiträge zur Klinik der tuberkulose*, B. 27, 1913, S. 285bis 290.
- Martin.** — « Die Behandlung tuberkulosen Schwangerer, durch die total-extirpation der uterus und der Adrexe », *Verhandt der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, 1911, S. 347.
- Meyer (J.).** — « Weitere Schicksale der Frauen, bei denen wegen Tuberkulose und Herzfehler der Kunstliche : Abort lingeleitet oder abgeleint wurde », *Referat im Zentralblatt. für Gynäkologie*, 1921, nr. 32 S. 1170.
- Novak.** — « Umfrage über tuberkulose und schwangerschaft », *Medizin Klinik* vom 12 juni 1931, nr. 24.
- Pankow.** — « Lungertuberkulose und Schwangerschaft sunterbredung, Verhandlungen der deutschen », *Gesellschaft für Gynäkologie*, 1911, S. 368-376.
- « Umfrage uber Tuberkulose und Schwangerschaft », *Medizin Klinik* vom 5 juni 1931, nr. 23.
- « Der Einfluss der Gestationsvorgänge auf die Lungentuberkulose und ihre Bedeutung für die Therapie », *Zentralblatt für Gynäkologie*, vom 19 sept. 1926, nr. 38.
- Paukow und Kupferle.** — « Die Schwangerschaftsunterbrechung bei lungen und Kehlkopftuberkulose, Leipzig 1911, G. Thieme.
- Runge.** — « Umfrage uber Tuberkulose und Schwangerschaft » *Medizin Klinik* vom 15 mai 1931, nr. 20.
- Sachse (M.).** — « Die unterbrechung der schwangerschaft bei Tuberkulose der Lungen und der Larynx », *Medizin Klinik*, 1917, nr. 28, nr. 29 und nr. 30.
- Scherer.** — « Schwangerschaft und Tuberkulose », *Beiträge zur Klinik der Tuberkulose*, 1923, B. 56, S. 234-254.
- Schag.** — « Schwangerschaft und Tuberkuloseerfahrungen der Tuberkulose für sorgestelle Stuttgart der Landesversicherungsanstalt Wurttemberg in dem Jahren 1926, und 1927 », *Zeitschrift für Tuberkulose*, 1928, 51, S. 119-121.
- Schultze et Rhonhof.** — « Lungentuberkulose und Schwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung der Frage Schwangerschaftsunterbrechung und sterilisierung », *Klinische Wochenschrift*, 1928, nr. 42, S. 1989-96.
- « Über einen besonderen Lungenbefund bei schwangeren, Schweig », *Medizin Wochenschrift*, 1927, 19, nr. 81.
- Schweitzer.** — « Zur tuberkulose und Gravidatät », *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1922, nr. 31, S. 1267-72.
- « Zur Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und sterilisierungwegen Lungen und Kehlkopftuberkulose », *Munchner medizin. Wochenschrift*, 1922, nr. 7, S. 223-226.

- Veit.** — « Die Beziehungen der Tuberkulose zu der Fortpflanzungstätigkeit Verhandl. » der *Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie*, 1911, S. 86-205.
- Voormveld.** — « Therapeutischer pneumothorax in der Behandlung der Lungentuberkulose bei Schwangeren ». *Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte*, 1917, t. XLVII, S. 689.
- Werner.** — « Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei tuberkulose der Lungen », *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1913, nr. 43, S. 1581-85.
- Winter und Oppermann.** — « Tuberkulose und Schwangerschaft », *Deutsche medizin Woch.*, 1923, nr. 1 S., 1-3, nr. 3 und nr. 4.

\*\*

- Baldassari.** — « La Tuberculosis in gravidanza, osser vota nella clinica obstetricoginecologica di Genova », *Rol. Gyn.*, 1921, t. XV, pp. 1-31.
- Cataluccio.** — « Pneumotorace artificiale in corso di gravidanza », *Riv. Clin. med.*, 1930, t. XXXI, p. 854-858.
- Mello.** — « Tuberculosis et gravidanza. Rendicento statistico clinico sugli esiti postoperation ottenuti in un decennio da gravide tubercolotiche trattate con demolizione utero-ovarico o con provocazione d'aborto », *Monitore ostetr. gin.*, 1931, t. III, p. 193-303.
- Micheli.** — *Note su 144 gravide tuberculose Atti d. soc. italiana di ostetr.*, 1929, t. XXVII, p. 469-472.
- Forssner.** — « Les relations entre l'état de gestation et la tuberculose, Rapport de la IV<sup>e</sup> Conf. intern. contre la Tuberc., Lausanne, août 1924, n° 6.
- Areski Amorin.** — « Grossesse et Thoracoplastie » *Revue de Phthisiologie thérapeutique et sociale, Rio de Janeiro*, juillet-août 1934, p. 461.

\*  
\*\*

- Alejandro, Raymondi Gonzales y de la Colina.** — « Tuberculose pulmonaire et grossesse. La compression thoracique aussitôt après l'accouchement comme traitement préventif », *Prensa Medica Argentina*, 20 janv. 1927.
- Alejandro (A.) Raymondi, Tristan Carlos (E.) de la Colina y Tristan Gonzales.** — « Tuberculosis pulmonar y embarazo. La compression toracica inmediata al parto como tratamiento preventivo », *La medicina Argentina*, ano VI, fevr. 1927, n° 517, *Annales de Tisiologia del Hospital Tornu, Buenos-Ayres*, déc. 1926, n° 5, p. 115.
- Curti (E.).** — « Terapia pneumothoraccica e gravidanza », *Poli-clinico Zoz. prat.*, 34, 1473, 10 ct. 1927.
- Se gui (Hernando).** — « La tuberculosis laringea y el embarazo » *Actas y Trab. d. II<sup>o</sup> cong. med. noc. Habana*, 1911, 136-140.

- Galvez Ginachero** (G.). — « Tuberculosis y embarazo », *Revista medica de Malaga*, n° 58, julio de 1929, p. 1623.
- Larregle** (P.). — « Laringites tuberculosa y embarazo », *Rev. med. latino-am.*, 16, 515-518, janv. 1931.
- Paternoster** (D.). — « Un caso de edema pulmonar producido durante el parto en una enferma en tratamiento con el pneumotorax terapeutico », *Semana Med.*, I, 659-667, 17 mars 1927.
- Pinero Garcia**. — « Certaines formes de tuberculoses aiguës dans la grossesse », *Prensa med. Argent.*, 20 août 1926, p. 253.
- Raimardi**. — « Tuberculosis y embarazo », *Rev. Med. Latino-Americana*, sep. 1925.
- Raimordi y Gonzales**. — « Pneumothorax artificiel pendant la grossesse et au cours de l'accouchement », *Revista med.Lat. Amer.*, sep. 1925.
- Turenne** (A.). — « Esterilizacion genital e interrupcion del embarazo en las mujeres tuberculosas », *Revista de Medicina*, n° 6, enero 1927, Buenos-Aires.
-



---

Bordeaux. — Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue. 1935.

---





